№ 6 WARSZAWA, CZERWIEC 1931 ROK III.

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Prenumerata roczna Zł. 10.— Numer pojedyńczy Zł. 1.50

№ 6. WARSZAWA, CZERWIEC 1931 ROK III

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Podał Dr. Med. JAN POLAK (Łódź).

O ALLERGJI I CHOROBACH ALLERGICZNYCH. (CZĘŚĆ OGÓLNA).

Jeżeli porównamy pojęcie allergji wprowadzone przez Pirqueta, który przez allergję rozumiał stan wzmożony wrażliwości na tuberkulinę w organiźmie uprzednio zakażonym gruźlicą — z obecnym pojęciem allergji, to zachodzą poważne różnice.

Rozszerzenie pojęcia allergji, a zwłaszcza chorób allergicznych, przypadło w udziale amerykańskim lekarzom, którzy utworzyli specjalną grupę schorzeń allergicznych, których objawy mogą być wywołane przez cały szereg czynników zewnętrznych jedynie w organizmie uczulonym, natomiast w organizmie normalnym te same czynniki nie powodują zmian chorobowych. Wspólną cechą schorzeń allergicznych są t. zw. odczyny allergiczne, o której niżej będzie mowa.

Do schorzeń allergicznych obecnie zaliczamy: katar sienny, astmę oskrzelową, pokrzywkę, ekzemę, migrenę, obrzęk Quinckego i pewne przypadki zespołu Meuniera, epilepsję i wreszcie według pewnych autorów dnę, ostry gościec stawowy i niektóre przypadki chronicznego gośćca stawowego.

Pojęcie schorzeń allergicznych nie wszędzie się przyjęło, i tak w literaturze francuskiej wyżej wymienione choroby są opisywane jako wyraz anafilaksji.

Należy w tem miejscu wyjaśnić, iż pojęcie anafilaksji wprowadzone przez Richeta w 1902 r., i oznaczające reakcję w postaci schocku, któremu ulega organizm po powtórnem wstrzyknięciu białka, zostało przez autorów francuskich bardzo rozszerzone. Wprowadzono więc pojęcie anafilaksji pokarmowej, autoanafilaksji, anafilaksji chronicznej i t. p.

Rozszerzenie pojęcia anafilaksji odnosi się zarówno do czynnika wywołującego, którym może być poza białkiem i inna substancja jak np. lipoid lub krystaloid, jak i do wrót zadziałania czynnika wywołującego, którym nie musi być droga podskórna, lecz również błona śluzowa oka, nosa, gardła, oskrzeli, jelit i t. d., oraz co do postaci i czasu trwania reakcji, która może przebiegać nietylko w formie schocku, lecz znacznie częściej w formie łagodnej i dłużej trwającej. Tak rozszerzone pojęcie anafilaksji autorów francuskich pokrywa się w znacznej większości przypadków z pojęciem allergji lekarzy amerykańskich. Szereg autorów amerykańskich zwłaszcza zaś Coca przeprowadza granice między allergją i anafilaksją (według definicji Richeta), zaś Kämerer uważa allergję za pojęcie bardziej ogólne a anafilaksję za jedną z podgrup allergji. Sam będąc uczniem prof. Storm van Leeuwena, odkrywcy pewnych allergenów klimatycznych jak pleśniaki, roztocze zbożowe i t. d., będę się trzymał terminu schorzeń allergicznych.

Pojęcie skazy organizmu wogóle oznacza coś wrodzonego, co nie jest samo przez się chorobą, lecz stwarza gotowość do pewnego rodzaju schorzeń i do odmiennego sposobu reagowania na czynniki zewnętrzne.

U osobników ze skazą zjawiają się pewne dolegliwości pomimo zupełnie higjeniczno-dietycznego trybu życia, albowiem dla nich wystarczą te codzienne czynniki, które na ludzi bez skazy nie mają wpływu.

Najważniejszą skazą organizamu jest bezsprzecznie skaza wysiękowa, dokładnie opisana przez Czernego i innych. Oznacza ona skłonność do schorzeń kataralnych, wysiękowych błon śluzowych i skóry oraz do powiększenia gruczołów limfatycznych. Skaza ta jako wyraz swego istnienia daje cały szereg zaburzeń chorobowych, najczęściej już we wczesnym dzieciństwie, czasem i wieku dojrzałym. Dla wykazania związku między schorzeniami allergicznemi i skazą wysiękową pozwolę sobie przytoczyć tablicę zaburzeń chorobowych, będących wyrazem skazy wysiękowej, podanej przez Feera. (patrz tablica, str. 209).

Z powyższego widać, iż najczęściej spotykane choroby allergiczne, jak astma, katar sienny, ekzema były już dawniej opisane jako wyraz skazy wysiękowej wieku dziecięcego.

Jeżeli wspomniałem tu o objawach skazy wysiękowej to dlatego, aby podkreślić, iż w wielu wypadkach skaza allergiczna jest jakby późną formą skazy wysiękowej i na ten szczegół należy zwrócić baczną uwagę przy zbieraniu anamnezy. Pozatem należy zwrócić uwagę na związek ze skazą neuropatyczną i artretyczną.

Przed przystąpieniem do charakterystyki samej skazy allergicznej przytoczę poglądy Coca na różnice między anafilaksją i allergją, ujęte w czterech punktach.

	pierwotne	wtórne	związanie z objawami wtórnemi
Wskórze	intertrigo Lichen urticatus	ekzema, impetigo	swędzenie, niepokój, lęk, zaburzenia snu
na błonach śluzowych	przemijające, czasem łuszczące obrzęki	procesy wysiękowe: angina palatina, angina pharyngea pharyngitis	wysoka gorączka, kaszel
		Gastroenteritis	wymioty, pylorospasmus, kolki, zaparcie, biegunki sluzowo błoniaste
		Coryza Laryngitis Bronchitis Bronchiolitis	katar sienny Pseundo-croup kaszel spazmatyczny astma oskrzelowa
		Conjunctivitis Blepharitis	Blepharospasmus
		Balanitis Vulvovaginitis Cystitis	Dysuria nacturna
w organach limfatycznych	powiększenie migdałków, gruczołów szyjnych i w zgięciach stawowych		

1) choroby allergiczne są często dziedziczne, anafilaksja bardzo rzadko, przyczem dziedziczność anafilaksji jest specyficzna, t. z., że odnosi się tylko do pewnego rodzaju białka, natomiast allergja jest dziedziczona niezawsze specyficznie zarówno co do czynnika wywołującego jak i miejsca występowania objawów, np.: ojciec ma katar sienny (błona śluzowa nosa i spojówek), syn astmę oskrzelową (błony śluzowe, oskrzeli) lub ekzemę (skóra) i t. d.

2) Objawy allergji mogą wystąpić przy pierwszym kontakcie organizmu z allergenem (np. uczulenie odziedziczone), objawy anafilaksji przy powtórnem zetknięciu się z tym samym rodzajem białka.

3) Wywołanie eksperymentalne allergji należy do rzadkości, anafilaksji — udaje się z łatwością.

4) Objawy allergji różnią się znacznie od schocku anafilaktycznego, natomiast wykazują wiele podobieństwa do idiosynkrazji na lekarstwa.

Późniejsze badania (Storm van Leeuwen, Rosenau) wykazały, iż w pewnych wypadkach różnice te zacierają się, w innych jednak zachowują swą wartość.

Jak już mówiliśmy, wspólną cechą schorzeń allergicznych są odczyny allergiczne. W większości przypadków mamy do czynienia z t. zw. zapaleniem allergicznem, nad czem specjalne badania przeprowadzał prof. Rondoni. Cały szereg odczynów allergicznych nie nosi charakteru zapalenia np. skurcze mięśni gładkich.

Zapalny odczyn allergiczny charakteryzuje się niezwykłą szybkością powstania, uszkodzeniem ściany naczyniowej, znacznym obrzękiem, nacieczeniem leuko i limfocytów i komórek pochodzenia adventitialnego i endothelialnego i nieraz znaczną szybkością ustępowania stanu zapalnego (np. objawy pokrzywki, ekzemy). Odczyn allergiczny jest właściwością systemu naczyniowego i całej mesenchymy bez względu na punkt działania allergenów, przyczem odczyny te mają bardzo często charakter lokalny.

Badania nad odczynami allergicznemi przeprowadzał Fröhlich u żyjących żab normalnych i u tych, które przed 8—15 dniami były uczulone surowicą baranią, w ten sposób, iż wpuszczał krople tej surowicy w mesenterium. U żab kontrolnych nie wywołało to reakcji, natomiast u uczulonych w tem miejscu stwierdzał obrzęk, rozszerzenie naczyń, zastój krwi, i nacieczenia elementów komórkowych.

Bardzo znaczną rolę w odczynach allergicznych mają komórki pochodzenia adventitialnego i endothelialnego, co zostało stwierdzone przez Gerlacha, któremu udało się wywołać odczyny allergiczne u zwierząt zatrutych benzolem, a więc aleukocytarnych. Klinge tuż przed powtórną injekcją białka u ryby, wstrzykiwał w miejsce zastrzyku barwnik Try-

panblau, mający własności lokalnego blokowania systemu śródbłonkowo-siateczkowego. Reinjekcja danej surowicy w tem miejscu, gdzie komórki uległy zabarwieniu, odczynu allergicznego nie wywołała, natomiast odczyn powstał obok w częściach niebarwionych. Blokada systemu śródbłonkowo-siateczkowego organów wewnętrznych tuszem nie wstrzymuje odczynu allergicznego po reinjekcji w skórze, natomiast wstrzymuje go całkowita blokada całego systemu śródbłonkowo-siateczkowego tuszem — jak to wykazały badania Musante'a i Schitenhelma.

Odczyny allergiczne są zależne nietylko od allergenów, t. j. od czynników wywołujących, lecz od synergji z czynnikami sprzyjającemi jak czynniki psychiczne, infekcje i t. d.

Stopień skłonności do odczynu zapalnego określają Peterson i Kaufman u ludzi w warunkach fizjologicznych i patologicznych. W tym celu użyli plastra kantarydynowego i badali czas nałożenia plastra w stosunku do powstania pęcherza. Stosunek ilości białka zawartego w surowiczym wysięku pęcherza do ilości białka krwi nazwali wskaźnikiem przepuszczalności (permeabilitätsindex). Jest on wyrazem przepuszczalności kapilarów i oznacza stopień skłonności do odczynów zapalnych.

Wskaźnik przepuszczalności podzielony przez czas powstania pęcherza nazywa się wskaźnikiem zapalnym (inflamatory index).

Zbyt szybkie powstanie pęcherza od plastra kantarydy jest dowodem zwiotczenia kapilarów i powstaje u wagotoników. U sympatykotoników przepuszczalność zwężonych naczyń jest zmniejszona i powstanie pęcherza odbywa się wolniej.

Na stopień odczynu zapalnego skóry ma wpływ cały szereg czynników niespecyficznych jak światło, ciepło oraz środki wprowadzone bądź do krwiobiegu bezpośrednio lub pośrednio.

Znaczny wpływ na odczyny zapalne mają pokarmy, co znajduje zastosowanie w dyecie Sauerbrucha i Hermansdorfa. W skazie allergiczne pokarmy mają wpływ zupełnie specyficzny.

Jak już wyżej wspomniałem istnieje wielkie podobieństwo między allergją i idiosynkrazją do leków. Niektórzy autorzy tłumaczą to w ten sposób, iż u ludzi uczulonych znajduje się dane lekarstwo we krwi w stanie wolnym i że działanie tego leku na organizm ma wpływ wzmacniający lub wywołujący te allergiczne reakcje, które dotychczas znajdowały się w stanie utajenia.

Bardziej pociągające wytłumaczenie daje prof. Landsteiner.

Badania Landsteinera wykazały, iż wstrzyknięcie zwierzęciu związku chemicznego serumalbuminy z aminokwasem wywołuje odpornościową surowicę, która daje specyficzne reakcje z każdym białkiem związanym z tym samym aminokwasem, natomiast nie daje reakcji z tą samą albuminą związaną z innym aminokwasem.

Specyficzność reakcji zależy w tym wypadku od grupy aromatycznej związanej z białkiem.

Prof. Landsteinerowi udało się wywołać odczyn specyficzny przez wstrzyknięcia samego aminokwasu; uczulić jednakże sam aminokwas nie może.

W streszczeniu I zastrzyk aminokwas + albumina,
II zastrzyk — aminokwas
w rezultacie odczyn anafilaktyczny.

Te substancje, które wywołują odczyny anafilaktyczne, same nieuczulając organizmu, nazwał prof. Landsteiner — haptenami. Idiosynkrazję do leków tłumaczy prof. Landsteiner w ten sposób, iż uczulenie nastąpiło pod wpływem związku leku z białkiem danego organizmu, a odczyn anafilaktyczny wywołuje już sam lek nawet bez połączenia się z białkiem organizmu.

Teorję tę potwierdzają badania Samsona i Götza, którzy śródotrzewnowo wstrzyknęli mieszaninę krwi z piramidonem. Po pewnym czasie wstrzyknęli dożylnie sam piramidon, wywołując schock anafilaktyczny. Haptenem w tym wypadku był piramidon.

Prof. Storm van Leeuwen uważa, iż allergeny są również haptenami. Trzeba jednak podkreślić, iż wyżej wymienione doświadczenia robione były na zwierzętach, u ludzi wogóle rzadko mamy do czynienia ze schockiem, a uczulenie może być bądź dziedziczone, bądź też nabyte przez długi kontakt z allergenami za pośrednictwem skóry lub błon śluzowych.

U allergików w 50% daje się stwierdzić dziedziczność, przyczem przy zbieraniu anamnezy należy pytać nietylko o dane schorzenie, z jakim przyszedł pacjent, lecz o wszystkie schorzenia allergiczne. Naprzykład na pytanie, czy w rodzinie nikt nie chorował na astmę, usłyszymy odpowiedź negatywną, okaże się jednak, iż były przypadki migreny, pokrzywki i t. p.

Dość często u jednego osobnika daje się stwierdzić cały szereg stanów allergicznych, które w innych rodzinach zjawiają się oddzielnie u kilku członków.

Z własnej praktyki mogę przytoczyć kilka przykładów.

M. G. — lat 40 — po ostatnim połogu przed 4 laty miewała częste bóle głowy o charakterze migreny; po kilku tygodniach bólów zjawiał się silny katar nosa i wówczas ustępowała migrena; natomiast przyłączała się astma. Przy wystąpieniu migreny ustępował katar i astma.

Chora reagowała na pleśnie i roztocze, w słabym stopniu na kurz, Przeprowadzone leczenie specyficzne usunęło zupełnie astmę, co do migreny to zmniejszyło jedynie, lecz nie usunęło bólów.

II przypadek. A. R., lat 8 — od dzieciństwa limfatyczne i skórne objawy skazy wysiękowej. Od 3 lat w zimie czuje się zupełnie dobrze. Na wiosnę dostaje ekzemy, w czerwcu kataru — w końcu sierpnia objawy te ustępują, by znów zjawić się na wiosnę. W roku zeszłym w Rabce w lipcu do tego obrazu przyłączyła się astma, określona wówczas jako objaw zatrucia jodem. W r. b. zgłosił się mały pacjent do mnie po raz pierwszy w maju z objawami astmy i ekzemy, katar nosa i spojówek. Jest to niezwykły przypadek jednoczesnego wystąpienia trzech stanów allergicznych, t. j. astmy, ekzemy i kataru siennego. Stan allegiczny w tym przypadku związany jest ściśle z okresem kwitnienia ziół i kwiatów i po tym okresie sam ustępuje. Nie jest wykluczone, iż jeżeli idzie o astmę to jako czynnik uczulający oprócz pyłków roślinnych mogą się przyłączyć w przyszłości i inne czynniki.

III przypadek. G. T., lat 39. — Od 5 lat astma oskrzelowa i ekzema, od 10 lat lekki Basedow i objawy przewlekłego gośćca stawowego. U chorej stwierdza się zmienność objawów. Ostatnio np. ustąpiła ekzema i bóle stawowe, natomiast zwiększyła się astma. We wszystkich przypadkach dała się stwierdzić dziedziczność.

U allergików stwierdza się cały szereg zmian, której suma składa się na pojęcie t. zw. skazy allergicznej.

1) zmiany we krwi,
2) zaburzenia w przemianie białkowej,
3) ,, ,, purynowej,
4) ,, ,, tłuszczowej,
5) ,, ,, węglowodanowej,
6) ,, ,, mineralnej,
7) ,, ,, podstawowej,
8) ,, w gruczołach wydzielania wewnętrznego,
9) ,, w systemie neurowegetatywnym,
10) ,, we funkcji wątroby i śledziony,
11) ,, w układzie krwionośnym,
12) ,, w skórze i błonach śluzowych.

Ad 1. U allergików we krwi stwierdza się często eozynofilję, jednak jej natężenie nie idzie w parze z ciężkością schorzenia; w 40% limfocytoza. Zmniejszenie zdolności wiązania wielu leków przez surowicę, zwłaszcza alkaloidów, salicylu i innych substancji astmogennych. Prof. Storm van Leeuwen stwierdził, iż 10% astmatyków nie znosi aspiryny i prognostycznie są to najcięższe wypadki astmy.

Ad 2. Przemiana białkowa wykazuje zwiększenie ilości albumin, ilość globulin jest bez zmiany, zwiększa się jedynie ich zdolność pęcznienia. Najważniejszą jednak zmianą jest zwiększenie się produktów rozpadu białka zwłaszcza mocznika i kreatyniny.

Ostatnio główną rolę z pośród aminokwasów przypisują histaminie, która doświadczalnie wywołuje te wszystkie odczyny, które nazywamy allergicznemi.

Ad. 3. Przemiana purynowa wykazuje według badań prof. Storm van Leeuwena i de Kleyna odchylenie od normy, polegające na tym, iż po spożyciu pokarmów obfitujących w związki purynowe następuje zmniejszone wydalanie kwasu moczowego.

Heystek wykazał, iż u allergików ilość kwasu moczowego we krwi jest zwykle obniżona, w b. rzadkich przypadkach zwiększona.

Ad 4. Przemiana tłuszczowa. U allergików stwierdza się naogół zwiększenie się ilości cholesteryny zarówno wolnej jak i związanej (tkankowej), przyczem między obu rodzajami cholesteryny niema żadnej proporcji.

Cholesteryna pod względem energetycznym nie przedstawia żadnych wartości; w tkance na jej podłożu ulegają wypadaniu rozpuszczone sole fosforanów i węglanów.

Zwiększona ilość cholesteryny wzmaga wrażliwość systemu neurowegetatywnego. Nie bez znaczenia jest, iż w okresie tuż przed perjodem, kiedy ilość cholesteryny wzmaga się, obserwujemy pogorszenie się stanów allergicznych.

O ile weźmiemy chorych jednocześnie na astmę i gruźlicę, to przy sprawie szybko postępującej, kiedy ilość cholesteryny zmniejsza się, astma ustępuje, natomiast wolno postępujące procesy gruźlicze, gdzie nie stwierdza się zmian w cholesterynie wpływu na astmę nie mają. Można nawet powiedzieć, iż astma u gruźlika przemawia za sprawą nieczynną lub wolno postępującą.

Ilość kwasów tłuszczowych u allergików jest zmniejszona.

Ad 5. Przemiana węglowodanowa. Ilość cukru zwiększa się znacznie w schocku anafilaktycznym, natomiast u allergików mamy do czynienia raczej z nieznaczną hypoglykaemją.

Ramirez stwierdził, iż najwyższa ilość cukru we krwi u allergików stoi na górnej granicy normy.

Ad. 6, 7, 8 i 9.

Zachowanie się anionów i kationów zostało zbadane przy schocku anafilaktycznym, lecz rezultaty otrzymane przez różnych autorów są czasem wprost sprzeczne.

Zaburzenia w ilościach elektrolitów są ściśle związane z zaburzeniami układu neurowegetatywnego i równowagą kwasozasadową, przyczem według Krausa i Zondeka — sympathicus reguluje zapotrzebowanie na Ca, a Vagus na Na i K. Nie sama ilość elektrolitów lecz ich wzajemny stosunek decyduje o zaburzeniach w przemianie mineralnej. Normalnie Na: Ca : K wynosi jak 100 : 2 : 2. Według Krausego i Zondeka pobudzenie nerwu sympatycznego prowadzi do zwiększenia ilości Ca na powierzchni granicy między zakończeniem nerwu a komórką danej tkanki. Przewaga jonów Ca powoduje wydzielania jonów H — lokalną acidozę, co znów zmniejsza pęcznienie koloidów i zmienia funkcję komórki. Działanie Ca jest działaniem jonów Ca, który może być zastąpiony przez zbliżony jon Strontium, co zresztą potwierdziła i praktyka.

Według innych autorów (Straub, Wiechman, Paal) działanie $CaCl_2$ (chlorku wapnia) polegać ma na tem, iż Ca zostaje wydalony, a jony chloru powodują acidozę.

W stanach allergicznych przeważa vagotonia związana z przewagą K nad Ca, częsta jest amfotonja, bardzo rzadka sympatikotonja.

W związku z tem obserwujemy przy stanach allergicznych przeważnie alkalozę.

Wielki wpływ na przemianę mineralną ma system neurowegetatywny i gruczoły wydzielania wewnętrznego. Na pierwszy plan wysunąć należy rolę jajników. Stany allergiczne ulegają wybitnie pogorszeniu przed perjodem i w okresie klimakterjum.

Mniejszą rolę odgrywa tarczyca, przyczem częściej mamy do czynienia z hypofunkcją. W tych wypadkach pewne wskazówki lecznicze daje podstawowa przemiana materji bez lub z obciążeniem białkowym. Do dziś dnia nie jest rozstrzygnięte, czy gruczoły wydzielania wewnętrznego działają bezpośrednio czy za pośrednictwem układu neurowegetatywnego. Wreszcie należy wspomnieć o wpływach psychicznych, które mają silny wpływ na stany allergiczne. Nie są one głównym czynnikiem, ale w znacznym stopniu ułatwiają działanie allergenów na drodze synergji.

Ad. 10. Rola wątroby w stanach allergicznych jest niezwykle ważna. Glenard wprowadził pojęcie „hepatisme“ co oznacza zmniejszoną wydolność wątroby bardzo często ukrytą.

Wątroba, a właściwie jej system śródbłonkowosiateczkowy stanowi filtr dla produktu rozpadu białka i dlatego cierpienia wątroby ułatwiają przejście do krwi pewnych toksycznych produktów i stanowią czynnik sprzyjający chorobom allergicznym.

Widal wprowadził pojęcie proteopexji, jako zmniejszonej wydolności wątroby w stosunku do produktów rozpadu białka. Jeżeli wziąć jeszcze pod uwagę rolę wątroby w przemianie tłuszczowej, węglowodanowej i t. d., to wydaje się zrozumiały nacisk, jaki kładą zwłaszcza autorzy francuscy na rolę wątroby w schorzeniach allergicznych.

Bardzo często zmiana funkcji wątroby zwłaszcza w początkowych okresach jest trudna do wykrycia; zmiany w wątrobie najczęściej spotykamy przy pokrzywce, w tych przypadkach często spotykamy się z powiększeniem wątroby i wówczas odpowiednie leczenie dyetetyczne przynosi znaczną ulgę.

Ad. 11. Układ krwionośny. W związku z zaburzeniami w układzie neurowegetatywnym spotykamy znaczny dermografizm najczęściej czerwony, rzadziej biały lub oba jednocześnie.

Ciśnienie krwi jest u allergików przeważnie obniżone, bardzo rzadko podwyższone.

Ściany kapillarów są bardziej przepuszczalne, co może być wrodzone lub nabyte przez długi kontakt organizmu z allergenami.

Ad. 12. Skóra i błony śluzowe dróg oddechowych i pokarmowych są rodzajem filtru dla allergenów. U allergików działanie tego filtru jest osłabione, co ułatwia przedostawanie się allergenów do krwiobiegu względnie do wywołania lokalnych odczynów allergicznych.

Skóra posiada znaczenie nietylko jako organ ochronny i wydalający, ale również jako źródło powstawania ciał ochronnych. Tę funkcję skóry nazwał Eryk Hoffmann w 1919 r. esophylaksją. Badania jego i innych autorów wykazały, iż skóra wytwarza specyficzne lub niespecyficzne substancje ochronne, które dostają się do krwiobiegu jako przeciwciała. Komórki naskórka wytwarzają niespecyficzne przeciwciała pod wpływem takich bodźców jak światło, ciepło, kąpiele, masaż i t. p.

Lewis oznacza te przeciwciała — jako H — substancje, gdyż w działaniu zbliżone są do histaminy.

W skórze mogą powstawać również i specyficzne ciała ochronne, co zostało stwierdzone przy chorobach zakaźnych. Wiadomo naprzykład, iż przy gruźlicy skóry, gruźlica organów wewnętrznych ma przebieg względnie łagodny. Podobne stosunki zachodzą i przy kile.

Jeżeli idzie o stany allergiczne — to skóra posiada bardzo ważne znaczenie, gdyż niektóre z nich jak np. pokrzywka, ekzema i t. d., mają swe siedlisko w skórze oraz często wystąpienie stanów allergicznych skóry, powoduje ustąpienie względnie zmniejszenie objawów w organach wewnętrznych.

Esophylaksja skóry opiera się przedewszystkiem na roli histiocytów i układu śródbłonkowosiateczkowego.

(Dalszy ciąg nastąpi).

Dr. LEON LIPSZOWICZ (Warszawa).

W SPRAWIE REGULACJI URODZEŃ *).

Tak zwana kwestja regulacji urodzeń, zaktualizowana w Niemczech, dzięki odważnym wystąpieniom d-ra Fryderyka Wolffa, u nas zaś d-rów Boya-Żeleńskiego, Budzińskiej-Tylickiej, Rubinrauta i in., dotąd nie została rozwiązana, napotykając na zdecydowany opór ze strony czynników, potężny wywierających wpływ na bieg spraw codziennych. Nie będziemy tu wchodzili w pobudki, kierujące duchowieństwem różnych wyznań, które potępia nietylko poronienie sztuczne, ale również środki ochronne, zapobiegające zajściu w ciążę. Tragiczne to zagadnienie nie powinno jednak schodzić ze szpalt fachowej prasy, dopóki nie zostaną zdobyte całkiem konkretne argumenty, na ścisłych oparte cyfrach, przekonywujące nieodparcie o konieczności legalizacji poronienia, obrony honoru, życia i zdrowia miljonów kobiet, do której w pierwszym rzędzie powołany jest lekarz.

Poniżej pragniemy porównać stan rzeczy, wynikający ze ślepego, biernego stosunku do kwestji urodzeń niepożądanych z całkiem odmiennym — z punktu widzenia lekarskiego — obrazem, jaki obserwujemy w warunkach racjonalnego zapobiegania i przerywania ciąży. Ale najprzód pozwolimy sobie przytoczyć szereg ciekawych szczegółów historyczno-prawnych z dziedziny poronienia, które zapożyczamy z artykułu d-ra D. M. Kauszańskiego: „Die Legalisierung des Abortes", zamieszczonego w „Zeitschrift für Sexualwissenschaft und Sexualpolitik" (t. XVII, zeszyt 7).

Nieznane Żydom starożytnym, znalazło jednak poronienie szerokie zastosowanie w Grecji i Rzymie (abactus partus, procuratio abortus). Nie było tam mowy o karalności poronienia, które pozwalało dziewczętom i wdowom utrzymanie w tajemnicy pozamałżeńskich stosunków, mężatkom zaś — ograniczenie liczby dzieci. Praktykom tym stawia czoło Kościół i prawo kanoniczne, które karze poronienie jako homicidium, przyczem rozróżnia foetus animatus od foetus non animatus — w sensie zdolności i niezdolności płodu do życia. Kościół odnosi zwycięstwo przynajmniej w dziedzinie prawa formalnego: poronienie zostaje zakazane w Rzymie, w kodeksie prawnym Karola V z 1532 r., w prawie angielskiem. A kary przewidziane były niezwykle okrutne w naszem pojęciu. Wystarczy odnotować, że prawo mówi o odrąbaniu głowy mężczyźnie i utopieniu

*) Drukując powyższy artykuł gwoli bezstronności, redakcja zaznacza, że ze stanowiskiem autora całkowicie się nie zgadza.

kobiety, coprawda w tym wypadku, kiedy zawinili w spowodowaniu poronienia płodu zdolnego do życia.

W przeciwstawieniu do tych surowych obyczajów — w krajach wschodnich, gdzie panuje poligamja, tak samo dawniej jak i dziś, abort wykonywa się legalnie. Dotyczy to, jak podaje Fryderyk Ratzel, Turcji, Persji, Indji i Mongolji.

Zakazane przez prawo wśród narodów chrześcijańskich, jest wbrew temu poronienie, jak to, zresztą, powszechnie dobrze jest znane, ogromnie rozpowszechnione i dokonywane na miljonach kobiet zarówno w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej, gdzie istnieją szeroko w prasie codziennej reklamowane specjalne zakłady, jakoteż — we Francji, Niemczech, Austrji, na Węgrzech, Rumunji... Zresztą, gdzie poronienie nie jest stosowane, jako jedyne wyjście z rozpaczliwej sytuacji? Jeżeli uwzględnimy jeszcze warunki, stworzone przez ostatnią wojnę światową (zalegalizowaną ogólną rzeź, zalegalizowane, a przynajmniej tolerowane pogwałcenia, leczone następnie poronieniem) oraz niezmiernie ciężką sytuację ekonomiczną, ustawicznie się pogarszającą, to stanie się jasnem, że poronienie zdobyło sobie rację bytu na czas dłuższy, utorowało sobie łożysko szerokie, i żywiołowego tego prądu nie potrafią powstrzymać żadne tamy. Jeden tylko jest ponury skutek zakazu dokonywania poronienia: zamiast odbywać się w warunkach legalnych, uczciwych, higjenicznych, w atmosferze ciepłej szczerego współczucia człowiekowi cierpiącemu moralnie i fizycznie, popycha się miljony przez los wydziedziczonych istot — o kruchej materjalnej podstawie — w objęcia szarlatanów, partaczy o częstokroć zbrodniczych instynktach, a co zatem idzie skazuje się je na upokorzenie okrutne, śmierć naskutek zakażenia i ciężkie choroby następcze. Dla ilustracji przytoczymy dane Liepmanna, wg. którego w Niemczech w r. 1924 zmarło naskutek wadliwie wykonanego poronienia 43.782 kobiety! Wg. Bauma na sto abortujących kobiet w Berlinie — 50 dostaje się do szpitali z podwyższoną temperaturą, 36 ulega ciężkiej chorobie i 4 umiera.

Jeżeli porównamy normy poszczególnych współczesnych kodeksów karnych, to nietrudno będzie stwierdzić, że w państwach, pozostających pod silnym wpływem Kościoła, poronienie jest najbardziej karane. Wielu prawodawców karze lekarza jednakowo (Francja) albo nawet surowiej (Bułgarja, rosyjski kodeks karny z r. 1903, obowiązujący dotąd u nas), niż zawodowego „spędzacza płodu" i szarlatana. Przedewszystkiem jednak podlega karze kobieta. Ciekawe, jakie zmiany zajdą w nowych kodeksach karnych Polski, Czechosłowacji, Finlandji, Niemczech, Austrji, Szwajcarji, Włoszech, Rumunji, Grecji i na Węgrzech. Należy jednak zwrócić uwagę, że to, co się w dziedzinie prawodawstwa ukazało w czasach powojennych, nie wróży nic dobrego: stanowczą przewagę nad życiem kobiety ma ochrona embrjonu, ochrona życia przyszłego dziecka,

któremu jednak ani wychować się ani żyć po ludzku nie pozwalają warunki ekonomiczne. Ba! — nietylko zarodek — niezależnie od wieku — otacza się dziwnie przewrażliwioną opieką, ale nawet nasieniu nie daje się nieprodukcyjnie zginąć... Oto nowe prawo belgijskie z dn. 20 czerwca 1923 r. oraz prawo szwedzkie z dn. 13 czerwca 1921 r. zakazują sprzedaży środków ochronnych.

Pierwszy krok w kierunku realizacji tendencji reformatorskich nowszych czasów poczyniła Rosja Sowiecka. Niekaralność poronienia zarówno w stosunku do kobiety jak do lekarza, o którą tak długo walczył znany rosyjski socjolog Gernet, stała się faktem dokonanym dzięki art. 146 kodeksu karnego Rosji Sowieckiej z dn. 1 czerwca 1922 r. Tak samo, zresztą, jak i w kodeksie 1927 r., prawo przewiduje, że karze (pozbawienia wolności lub robót przymusowych na okres do jednego roku lub grzywny do 500 rubli) za spędzenie płodu podlegać może jedynie osoba trzecia, przedsiębiorąca zabieg bez należytego lekarskiego przygotowania lub też w warunkach antisanitarnych. Nie jest to rozwiązanie idealne i życiu płodu, zwłaszcza w późniejszym okresie rozwoju, należy się ochrona, przedewszystkiem zaś nie należy z wyrachowania dopuszczać do zbyt zaawansowanej ciąży poto, by ją przerywać. Jest to jednak tylko pierwszy krok i rezultaty jego są tak dobroczynne, że nawet najbardziej krańcowych obrońców życia „przyszłego dziecka" powinny przekonać, nie mogą nie przekonać. Bo oto liczby zachorzeń septycznych, włączając zejścia śmiertelne, po poronieniu i porodzie wynosiły w Leningradzie w r. 1922 — 3,92, w r. 1923 — 3,55, 1924 — 2,76, 1925 — 2,45 na każde 1000 porodów, podczas gdy w Berlinie pg. Liepmanna na każde 1000 porodów przypada w r. 1922 — 13,7, w r. 1923 — 14, w r. 1924 — 11 przypadków śmierci. Widzimy zatem, że w Leningrodzie, którego warunki sanitarne tak znacznie przecież ustępują berlińskim, było naskutek sepsy 2—3 razy mniej wypadków śmierci niż w Berlinie. Z drugiej zaś strony, nie bacząc na to, że spędzanie płodu jest w Rosji całkiem zalegalizowane i dokonywane — przy wskazaniach lekarskich lub socjalnych — przez zorganizowaną służbę państwową (Kasy Chorych i in.), w Niemczech natomiast — zabronione, — zarówno w Berlinie; jak i Leningradzie na 1000 mieszkańców przypada ta sama liczba poromień: 5—6. (Gens, Problema aborta).

Potężny jest bowiem instynkt rodzicielski i niepotrzebna mu pomoc z niczyjej strony.

PIŚMIENNICTWO.

A. Gens, Problema aborta, 1929. — *Max Marcuse,* Die sexuologische Bedeutung der Zeugungs- und Emfängnisverhütung in der Ehe, 1919. — *Nabokow,* Desiatyj s'jezd kryminalistow; „Prawo". 1914. — *Credé-Hörder,* Volk in Not, Dresden, 1929. — La stérilisation chez la femme. Congrés de Gynécologie de 1929 w „La clinique". — *D. M. Karszansky,* Die Legalisierung des Abortes, 1931.

REFERATY Z CZASOPISM OBCYCH.

PROF. BUNHICHI MATSUOKA. *Prokliman w objawach braku miesiączki pochodzenia jajnikowego.* Ciba Iho, Październik, 1930

Na wydziale lekarskim Kyushu, Kurume obserwowano znakomite skutki po Proklimanie w braku miesiączki w okresie przekwitania. Zdaniem autora Prokliman, podawany 3 razy dziennie po 1 tabletce, w korzystnych warunkach już po 1 tygodniu, a najpóźniej w ciągu 2 — 3 tygodni wywiera swe działanie. Zupełne wyleczenie, a conajmniej znaczna ulga obserwowana bywa najpóźniej po 2 miesiącach.

———o———

THOMAS. *Leczenie ostrej niedomogi serca wczoraj i dzisiaj.* Schweiz. Rundschau f. Medizin, 1929. Nr. 52.

Kamforę do zastrzyków stosuje się zwykle w olejku migdałowym. Olejek ten jednak źle się wchłania. Produkty syntetyczne Koramina i Kardiazol bardzo są dogodne ze względu na możliwość ich stosowania do wewnątrz i pozaustnie. Nowsze badania dowiodły, że Koramina wzmacnia działanie serca. Zdaniem autora Koraminę należy, zwłaszcza w początku, stosować w charakterze środka zapobiegawczego w niedomodze serca.

———o———

ALOIS GRABNER. *O stosowaniu perkainy w dentystyce.* Ztschr. f. Stomatologie, 1930. Nr. 3.

Dobre wyniki, osiągane za pomocą perkainy, a także niemożność spowodowania za pomocą nowokainy znieczulenia powierzchni błony śluzowej skłoniły autora do stosowania perkainy w uniwersyteckiej klinice dentystycznej pod dyrekcją prof. Traunera w Gracu.

W zasadzie potwierdził on na całej linji wyniki osiągnięte przez autorów wielu publikacyj i badał zachowanie się roztworów różnego stężenia.

Ponieważ perkaina w przeciwieństwie do nowokainy bardziej rozszerza naczynia, należy do niej dodać więcej adrenaliny. Roztwór 0,5%₀ perkainy bez adrenaliny jest bezskuteczny lub też działa niedostatecznie, przytem krwawienie było bardzo silne. 1 i 1,5%₀ roztwory z różną ilością adrenaliny dawały znacznie lepsze wyniki, tak samo jak roztwory dostarczone przez firmę „Ciba". Głębokie i trwałe znieczulenie następuje po zastrzyku w bezpośrednim sąsiedztwie z nerwami, zaś po dodaniu większej ilości adrenaliny znieczulenie następuje z większą pewnością.

W 9 przypadkach wystąpiła bladość twarzy i uczucie omdlenia. Rozumie się, że nie sama perkaina była powodem takich zapaści. Przyczynić się tu mogła adrenalina, a także i psychiczny wpływ, powodujący wstrząs. Ilość tego rodzaju niepożądanych powikłań bynajmniej nie jest większą od przypadków, spowodowanych w podobnych okolicznościach przez nowokainę.

U 3 chorych, którym z powodu wady serca nie można było zastosować nowokainy, rwanie zębów odbyło się pod znieczuleniem perkainą bez jakichbądź trudności. Takie dobre znieczulenie trwało przez 2½ do 6 godzin.

Podług dotychczasowych spostrzeżeń wypada zaznaczyć, że perkaina jest bardzo dobrym środkiem znieczulającym i w pewnych granicach zastosowana jest nieszkodliwą i nie powoduje przyzwyczajania się.

———o———

OKSUSION. *Poprawa spółczynnika asymilacji u gruźlików po inhalacji tlenu.* (Ztschrft f. Tbk. Nr. 4 — 1930).

Opierając się na pracach Weinsteina, z których wynika, że inhalacje tlenu wpływają dodatnio na przemianę węglowodanową u djabetyków, autor zastosował te inhalacje u gruźlików, którzy źle asymilują węglowodany obficie podawane w sanatorjach dla suchotników. Tlen, zdaniem Weinsteina, działa przez zastąpienie wydzielania trzustki. Po określeniu ilości wapnia, potasu i cukru we krwi tych chorych, którzy w ciągu 2 — 3 tygodni nie zmieniali swej wagi, rozpoczęto inhalacje tlenu. Wszyscy ci chorzy wykazywali znaczny przyrost wagi. Autor przypisuje tę poprawę zdolności tlenu do pobudzania czynności wewnątrzwydzielniczej trzustki; powstaje hiperinsulinemja, hipoglikemja, po której węglowodany pokarmowe przyswajane są w znacznie lepszym, niż nawet normalnie, stopniu.

———o———

STOCKER. *Leczenie tężyczki pooperacyjnej połączeniem tyroksyny i parathormonu.* (Wien. klin. Woch. Nr. 36 — 1930).

Lekkie postacie tężyczki pooperacyjnej leczą się skutecznie wapniem. W przypadkach cięższych, leczenie to nie wystarczy. W cytowanym przez S. przypadku, po usunięciu wola wystąpiły objawy tężyczki, które nie cofały się po wapniu, ani po afenilu. Po wstrzyknięciu 20 j. parathormonu (hormon przytarczyczek) tężyczka ustąpiła na czas krótki i dopiero dodanie tyroksyny wpłynęło na wyzdrowienie. Jednocześnie wzrastała ilość wapnia, a liczba fosforu zmniejszała się. Autor ma wrażenie, że obydwa hormony — tarczycy i przytarczyczek — uzupełniają się nawzajem, przyczem parathormon podnosi ilość wapnia we krwi, a tyroksyna wpływa na obniżenie się poziomu fosforu.

———o———

W. STORM VAN LEEUVEN. *Leczenie gruźlicy płuc powietrzem wolnem od allergenów.* (Arch. of int. med. Nr. 4 — 1930).

Twórca metody leczenia astmy powietrzem, pozbawionem allergenów zastosował ją u gruźlików. Wyniki leczenia zależą od grupy, do której chorzy należą. U osób, których ciepłota nie przewyższa 38 st., nie odpluwających prątków Kocha, ze zmianami w szczytach, objawy ogólne i miejscowe znikają szybko. Poprawa jest tak nagła, że budzi wątpliwość co do prawdziwości rozpoznania. Autor sądzi też, że w tych przypadkach miał chorych wrażliwych na allergeny klimatyczne. Jest to stan zbliżony do dychawicy i nieżytu naczynioruchowego śluzówki nosa.

Inna grupa, dotycząca suchotników ze zmianami otwartemi, z małemi jamami w płucach, ciepłotą powyżej 38 st., z objawami bronchitu — wykazała poprawę, polegającą na znacznem ustąpieniu objawów klinicznych i podmiotowych. W grupie tej poprawiali się chorzy z względnie dobrym stanem ogólnym. Poprawa występuje po 3 — 4 tygodniach przebywania w atmosferze wolnej od allergenów.

Omawiana metoda nie daje żadnych wyników u ciężko chorych suchotników.

———o———

BERTOYE. *Leczenie przewlekłych stanów wyniszczenia dzieci insuliną.* (Le Journal de Med. d. Lyon Nr. 270 — 1931).

Rozmaite metody leczenia tych stanów mają na celu pobudzić organizm i przywrócić mu zdolność do asymilacji i ustanowienia równowagi w odżywianiu, którą organizm stracił. Ostatnim takim środkiem jest insulina, która wtedy tylko daje pożytek, jeżeli jest wstrzyki-

wana w chwili wprowadzenia węglowodanów. Najlepszą postacią węglowodanów są roztwory cukru podawane doustnie; w ten sposób unika się najłatwiej wstrząsów hipoglikemicznych. B. daje 1 J. insuliny na kilo wagi dziecka dziennie. Wstrzykuje się insulinę podskórnie lub domięśniowo, początkowo codziennie, następnie 3 razy tygodniowo, serjami po 10 wstrzykiwań przez szereg tygodni. W atrepsji insulina nie daje żadnego efektu. Dobre wyniki uzyskuje się w przypadkach hipotrepsji i hipotrofji. Pod wpływem kuracji insulinowej stwierdza się przyrost wagi, wzrost, fizjologiczne gromadzenie tłuszczu. Jednocześnie z wstrzykiwaniami insuliny należy zracjonalizować odżywianie dziecka odpowiednio do jego stanu i wagi.

———o———

RAMOND. *Niewygoda w donaszaniu resztek.* (Pr. Med. Nr. 41 — 1931).

Autor cytuje oryginalną historję pacjenta, który dostał ekzemy całego ciała, wyrażonej najbardziej na stopach, dłoniach, mniej na udach, nieznacznie na tułowiu. Twarz była wolna od wyprysku. Zmiany te cofały się szybko po odpoczynku w łóżku. Ich zjawieniu się towarzyszyło za każdym razem zaczerwienienie i uczucie palenia w kończynach dolnych. Ogólny stan chorego przedstawiał się zupełnie dobrze. Po rozpoznaniu i wskazaniu leczenia R. został zapytany przez chorego, czy wyprysk mógł powstać od zabarwionego na czarno starego obuwia, tembardziej, że zjawił się kilka dni po pierwszem włożeniu tych butów.

Barwiki anilinowe do obuwia, futer, materjałów, jako pochodne amin aromatycznych, mogą wywołać objawy zatrucia, o ile farbowane przedmioty użyte są zbyt wcześnie. Po wystawieniu zaś na powietrze, grupa aminowa barwika utlenia się i paruje, przez co barwik przestaje być toksyczny.

Objawy zatrucia są następujące: zjawia się sinica na końcu nosa, na uszach, policzkach, paznogciach i kończynach, czasami na śluzówkach policzka, gardła, na języku. Następnie przyłączają się objawy ner-

wowe, jak bóle, zawroty głowy, astenja, nawet kurcze ogólne lub miejscowe. Zejście śmiertelne, które zdarza się u robotników stosujących produkty anilinowe, poprzedzone bywa postępującą sennością, asfiksją i niedomogą serca. Anilina jest jadem hemoglobiny, którą zamienia w methemoglobinę, niszczy erytrocyty. Objawy skórne miejscowe wynikają z lokalnego podrażnienia dawką mniejszą i mogą być rozmaitego natężenia. Wyprysk należy do cięższych zatruć.

Leczenie polega na nieużywaniu świeżo farbowanych rzeczy, myciu i zasypywaniu wyprysku talkiem.

———o———

SCHIAVONE. *Szczepionka ospowa przeciw kokluszowi.* (La Semana Medica Nr. 49 — 1930).

Autor podaje wyniki szczepienia ospy w 53 przypadkach kokluszu. O ile szczepienie przyjmowało się, napady kaszlu ustępowały. Szczepienie ospy nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa, szczególnie u dzieci mocnych. Stosowane było przez autora jako szczepienie pierwsze, jednakowoż minimalna złośliwość szczepienia powtórnego nie przeszkadza w uciekaniu się do tej metody leczenia krztuśca. Ospa musi się przyjąć, gdyż wtedy tylko stwierdza się poprawę w przebiegu krztuśca. Zdaniem autora, krostki ospowe odgrywają rolę małych ropni fiksacyjnych i na tem polega ich działanie.

———o———

GUTZEIT. *Leczenie pyelocystitis Uricediną.* (Münch. med. Woch. Nr. 21 — 1931).

Leczenie zapalenia miedniczek nerkowych polegało dawniej na znalezieniu czynnika chorobotwórczego, zastosowaniu środków wyjaławiających mocz (salol, hexamethylentetramina i pochodne) i odmianie odczynu moczu. Przy takiem leczeniu częste były przypadki, gdzie infekcja utrzymywała się latami. Wstrzykiwanie szczepionek wyhodowanych z moczu było nowym krokiem naprzód w leczeniu tych zapaleń. I tu jednak nierzadkie są przypadki oporne, co tłumaczy się trudnością wyhodowania z moczu tej bakterji, która daje obostrzenia, a pozostaje poniekąd utajoną.

Znaczny postęp w leczeniu pyelitów stanowi wprowadzenie Uricediny, która jest połączeniem roślinnych ługów ze składnikami siarkowych wód źródlanych. Jest to jakgdyby połączona kuracja owocowo-źródlana. Środek ten podnosi przemianę materji, a przez wzmożenie procesów utleniających działa zakwaszająco. Obecność SO_4 pobudza jelito do wydzielania soków trawiennych.

Działanie lecznicze Uricediny staje się zrozumiałe, o ile zapalenie miedniczek ująć, jako ukrytą infekcję ogólną, wydzielaną przez nerki do dróg moczowych. Pobudzenie przemiany odbarcza nerki z wydalania odpadków azotowych, a wzmożone utlenianie podnosi odporność organizmu.

Podanie chorym na pyelocystitis Uricediny uwalnia ich od dolegliwości już po kilku dniach; mocz staje się wolny od domieszek patogenetycznych. Chorzy ci, przedtem leczeni byli bezskutecznie przez czas dłuższy ciepłem, naparami z ziół, szczepionkami i urotropiną. Ustąpienie objawów podmiotowych i regulacja wypróżnień wpływa bardzo dodatnio na proces zdrowienia. Autor podawał Ur. 2 — 3 razy po 1 — 2 łyżeczki w szklance wody. Między obserwowanymi przypadkami autor przytacza 2 przypadki pyelocystitis u ciężarnych, które wyzdrowiały po tygodniu leczenia.

———o———

WANTOCH. *Przyczynek do powstawania i leczenia przewlekłego zaparcia.* (Münch. med. Woch. Nr. 22 — 1931).

Przyczyny przewlekłego zaparcia są rozmaite. Częściej niż na tle mechanicznem powstają wskutek zaburzeń funkcjonalnych. Odróżnia się zaparcie atoniczne i spastyczne, typ wstępujący, poprzeczny i zstępujący, proktostazę. Powstają pierwotnie naskutek błędów djetetycznych, towarzyszą, jako objawowe, innym chorobom. Ostatnie spotyka się przy nerwicach, chorobach gruczołów dokrewnych, centralnego układu nerwowego, przy przewlekłych zatruciach, chorobach krwi. Występują na tle odruchowem przy stanach chorobowych narządów sąsiednich, jak wyrostek robaczkowy, macica, woreczek żółciowy, przy zaburzeniach w krążeniu jelitowem, zaburzeniach wydzielniczych wątroby, trzustki, jelita i żołądka.

Częstsze są zaparcia na tle nadkwaśności żołądka, gdy zmniejszonemu wydzielaniu kwasu solnego towarzyszą raczej biegunki. Spółistnienie podkwaśności żołądka z zaparciem spotyka się w 20% przypadków

i mało bywa uwzględniane. O ile jednak pamiętać o możliwości tego skojarzenia, przypadki takie zdarzają się częściej i łatwo poddają się skutecznemu leczeniu.

Autor podaje kilka obserwacji z bogatego materjału klinicznego, z których wynika, że zastosowanie kwasu solnego wpływa b. dodatnio na ustąpienie zaparcia. W niektórych przypadkach istotnie sondowanie żołądka wykazuje wartości obniżone dla kwasu solnego.

———o———

LEWIN. *W sprawie patogenezy i leczenia palenia.* (Ther. d. Gegenw. Nr. 71 — 1930).

Autor czyni przegląd poglądów na powstawanie palenia i wynikających stąd wniosków leczniczych. W poszukiwaniu środka zmniejszającego wrażliwość śluzówki i osłabiającego napięcie mięśni gładkich żołądka zatrzymał się na preparacie Moskavon, uzyskanym z orzechów muszkatułowych. W połowie przypadków, w których preparat ten był zastosowany, palenie i uczucie pełności ustąpiły zupełnie, w 30% poprawa była wyraźna. Reszta chorych nie doznała ulgi. Grupę tę L. rozpoznaje jako nerwową.

———o———

GORDONOW. *O leczeniu stanów spastycznych.* (Ther. d. Gegenw. Nr. 72 — 1931).

Pal określa stany spastyczne jako skurcze hipertoniczne lub hiperkinetyczne w mięśniach, które mogą zjawić się we wszystkich odcinkach przewodu pokarmowego. Bardzo często skurcze te imitują najrozmaitsze cierpienia. Środki lecznicze należy dobierać tak, by obniżały napięcie toniczne mięśnia i porażały nadmiernie podrażnione nerwy roślinne lub pobudzały nerwy przeciwnicze. Atropina, która poraża nerw błędny, w dawkach dużych, poraża również nerw sympatyczny. Adrenalina, wzmagająca grę nerwu sympatycznego nie jest skuteczna w przewodzie pokarmowym ze względu na jej działanie szybko przemijające. Jednocześnie z wpływem na obwód należy przytępić reakcję psychogenną całego organizmu. Nie nadaje się do tego celu morfina, gdyż wywołuje w żałądku hipersekrecję i hipertonję. Z tego względu stosuje się pochodne kwasu barbiturowego w połączeniu z papaweryną, działającą na mięśnie i porażającą układ nerwu błędnego, atropiną. Połączenie to pod postacią tabletek (Gastretten) wzbogaca wydatnie zasób środków przeciwskurczowych.

———o———

ANTONIAK - CZYŻEWSKA. *Przyczynek do spółczesnego leczenia nadciśnienia.* (Polska Gazeta Lekarska Nr. 43 — 1930).

Po omówieniu istoty i patogenezy nadciśnienia autorka czyni podział różnych środków rozszerzających naczynia. Środki te mogą być stosowane parenteralnie i doustnie. Ostatnie, ze względów praktycznych nadają się bardziej. Szczególnie skuteczne są jodki i rodanki. Przeciwhipertonicznie działają również połączenia wapniowe. Badania Kylina wykazały, że nadciśnieniu towarzyszy niekorzystne dla wapnia przesunięcie w jonach krwi. Na powyższych danych oparte jest zestawienie preparatów Calcium-Diuretin, Jod-Calcium-Diuretin i Rhodan-Calcium-Diuretin. „Knoll". Preparaty te stosowane były w przeszło 20 przypadkach.

Calcium-Diuretin zastosowana była u hipertoników z jednoczesnemi zmianami w sercu i w nerkach. Wyniki były naogół bardzo zadawalające, zwłaszcza przy glomerulonephritis. Dłuższe stosowanie Ca-D. nie wywołuje zjawisk pobocznych. Lepsze działanie moczopędne osiągnięto po 3 gr. dziennie.

Jod-Calcium-Diuretin podawano w przypadkach, gdzie prócz miażdżycy naczyń i nadciśnienia stwierdzano dusznicę bolesną i mesaortitis luetica. Podawano 3 razy dziennie 1 — 2 tabletki; J-Ca-D. dodawano czasami do czopków. Wyniki były dobre, nawet w przypadkach zastarzałych

Rhodan-Calcium-Diuretin nadaje się najbardziej przy nadwrażliwości na Jod. Rodanek nie powoduje żadnych dolegliwości. W 4 przypadkach osiągnięto wyraźnie dłużej trwające obniżenie ciśnienia.

Autorka podkreśla synergiczne działanie środków wchodzących w skład omówionych preparatów. Pozwala to na wielostronny wpływ na organizm cały. Jednoczesne stosowanie innych lekarstw staje się zbyteczne, co jest szczególnie ważne przy leczeniu jodkami i rodankami.

———o———

RAJNA. *Cardiazol w pomocy doraźnej.* (Therapia Nr. 17—1929).

Łatwa rozpuszczalność Cardiazol'u w wodzie i lipoidach, która pozwala na szybkie jego działanie po wstrzyknięciu podskórnem, w znacznej mierze przyczynia się do jego użyteczności przy niesieniu pomocy w przypadkach nagłych. Objawy toksyczne nie zjawiają się przy długotrwałym podawaniu. Autor wstrzykiwał czasami co pół godziny 0,1 Cardiazol'u i to przez szereg godzin. Dobre wyniki uzyskano przedewszystkiem w zatruciach gazem świetlnym, tlenkiem węgla, morfiną i pochodnemi kwasu barbiturowego. Cardiazol znosi stany porażenne, wywołane środkami nasennemi. Następnie stosowany był w rozmaitych przypadkach wstrząsu i zapaści np. po zgnieceniach, ranach z oparzenia,

udarze z gorąca, piorunem, prądem elektrycznym. Topielcom wstrzykiwano Cardiazol jeszcze przed zastosowaniem sztucznego oddechania i następnie znowu co 10 minut, jeśli znowu zapadali w stan bezdechu. Cardiazol otrzymywali chorzy w stanie szału, o ile występowało niebezpieczeństwo porażenia krążenia. W stanie zapaści i wybitnego osłabienia serca, występujących po wyczynach sportowych, Cardiazol w krótkim czasie usuwał osłabienie serca. Podobne wyniki uzyskiwano u turystów i alpinistów, którzy źle znosili wyższe wzniesienia nad poziom.

Autor podkreśla możliwość wstrzykiwania Cardiazol'u dosercowo zamiast adrenaliny i kofeiny i łączenia go z naparstnicą i morfiną.

———o———

REDAKCJA OTRZYMAŁA:

„Droga do Zdrowia" Nr. 2 z maja 1931 r., który zawiera następujące artykuły:

1) Dziecko;
2) Matko, dlaczego nie szukałaś dla mnie ratunku;
3) W maju dzieci szczepić trzeba;
4) Zakładajmy ogródki działkowe;
5) 10 przykazań dla matki;
6) Szatańska historja;
7) Droga do choroby.

„Droga do Zdrowia" Nr. 3 z czerwca zawiera:

1) Drogi zakażenia chorobami wenerycznemi;
2) Jak się można uchronić od reumatyzmu;
3) Kobieta w ciąży;
4) Niszczyć muchy;
5) Jak spędzam niedzielę, jako dzień wolny od pracy.

KOMUNIKAT 61
IZBY LEKARSKIEJ POZNAŃSKO-POMORSKIEJ
(Kad. III 1929 — 31)

Polskie Powszechne Towarzystwo Farmaceutyczne Okręg Poznań zwróciło uwagę Izby Lekarskiej P.P., że przy zapisywaniu środków odurzających lekarze ograniczają się często tylko do przepisu: „wiadomo” „zewnętrznie” i t. p., nie podając dokładnego sposobu użycia.

Wobec tego Zarząd Izby Lekarskiej P.-P. przypomina swym członkom § 3 Rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 20. V. 1929 r. o detalicznej sprzedaży substancyj i przetworów odurzających (D. U. R. P. nr. 48 poz. 402), który opiewa, że lekarze mogą zapisywać środki odurzające wyłącznie w celach leczniczych i tylko w granicach dozwolonej im praktyki.

Recepty na środki odurzające powinny być zawsze pisane czytelnie i powinny zawierać: imię, nazwisko i adres zapisującego, imię i nazwisko chorego, ilość środka odurzającego oraz dokładny sposób użycia. Lekarze mogą wystawiać zapotrzebowanie na środki odurzające tylko w celu otrzymywania tych środków do osobistego przez nich samych stosowania chorym. Zapotrzebowania te, oprócz nazwy i ilości środka powinny zawierać: a) podpis zapisującego, b) jego adres, c) datę i d) nadpis: „do stosowania we własnej praktyce”.

Wydawania z aptek środków odurzających na recepty wzgl. zapotrzebowania, nieodpowiadające postanowieniom powyższego paragrafu jest wzbronione.

Poniżej podaje się spis środków odurzających, które apteki mogą wydawać za przepisem lekarskim:

Cannabinonum, Canabinonum Tannicum, Cocainum hydrochloricum, Cocainum nitricum, Cocainum purum, Dicodidum bitartaricum, Dicodidum hydrochloricum, Dilaudidum, Ecgoninum, Euconalum, Eumecon, Extractum Cannabis indicae, Extractum Opii, Folia Cocae, Guttae Inosemzowi, Herba Cannabis indicae, Laudanonum, Morphinum aceticum, Morphinum hydrochloricum, Morphinum sulfuricum, Narcophinum, Opium, Opium pulveratum, Opium concentratum, Pantopon, Domopon i t. p., Paramorfanum (et syn.) Psicain Pulvis Ipecacuanhae opiatus, Sirupus opiatus, Tinct. cannabis indicae, Tinct. Opii benzoica, Tinct. Opii crocata, Tinct. Opii simplex, Trivalinum Tropococainum hydrochloricum.

Poznań, dnia 8. 4. 1931 r.

(—) Dr. Wieleński
Pisarz Izby

(—) Prof. Dr. Gantkowski
Naczelnik Izby

(Dziennik Urz. Izb. Lek. Nr. 5).

TREŚĆ:

REDAKTOR NACZELNY:
Dr. Med. Aleksander Krasuski

ADRES REDAKCJI:
Nowowiejska 25 m. 2 tel. 8-12-82.

WYDAWCA:
Mr. Farm. Zygmunt Sander

ADRES ADMINISTRACJI:
Złota 49 m. 2, tel. 711-55

Konto P. K. O. 19.175

Druk. „Antiqua" St. Szulc i S-ka ul. Kacza 7, tel. 504-91.

Drukarnia „Antiqua" St. Szulc i S-ka, Kacza 7. Tel. 504-91.

№ 7 WARSZAWA, LIPIEC 1931 ROK III.

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Prenumerata roczna Zł. 10.— Numer pojedyńczy Zł. 1.50

Theophylamin

„BOR
OWSKI"

(Teofylina-aetylenodwuamina)

WYROBU KRAJOWEGO.

ŚRODEK

MOCZOPĘDNY i NASERCOWY

WSKAZANIA: OBRZĘKI POCHODZENIA SERCOWEGO I NERKOWEGO, DUSZNICA BOLESNA, DYCHAWICA SERCOWA.

ENDOCARDITIS **MYOCARDITIS**

LITERATURĘ WYSYŁA W. P. P. LEKARZOM:

LABORATORJUM CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE

J. BOROWSKI

WARSZAWA, ULICA POZNAŃSKA Nr. 11.



W. Panom Lekarzom wysyła na żądanie literaturę ewentualnie próby
Laboratorjum Dr. M. LEPRINCE'a w Paryżu

LUB
ODDZIAŁ DLA POLSKI:

Mokotowska 57 m. 6, w Warszawie.

№ 7. WARSZAWA, LIPIEC 1931 ROK III

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Podał DR. MED. JAN POLAK (Łódź).

O ALLERGJI I CHOROBACH ALLERGICZNYCH.

(Dokończenie).

ALLERGENY.

Allergenami nazywamy te wszystkie czynniki, które wywołują w organizmie uczulonym stany allergiczne, natomiast u ludzi bez skazy objawów chorobowych nie powodują.

Allergeny najczęściej są pod względem chemicznym ciałami białkowemi, mogą być jednak i węglowodanami, lipoidami lub krystaloidami.

Oprócz allergenów mogą wchodzić w grę czynniki, które same przez się nie wywołują stanów allergicznych, ale dzięki ich obecności czy też pod ich wpływem zostaje ułatwione działanie allergenów. Takimi czynnikami mogą być wpływy atmosferyczne, wpływy psychiczne i t. d. Wówczas właściwy allergen działa na drodze synergji.

Allergeny dzielimy na 6 grup. Allergeny roślinne, zwierzęce, pokarmowe, bakteryjne, klimatyczne oraz leki.

Allergeny roślinne są to pyłki roślinne, unoszące się w powietrzu w okresie rozmnażania się i kwitnienia roślin, a wywołujące stany kataralne błony śluzowej nosa, spojówek, gardzieli, krtani, a nawet i oskrzeli. Klinicznie dają objawy kataru lub astmy siennej.

Do allergenów zwierzęcych zaliczamy sierść zwierząt (kotów, psów, koni i t. d.) oraz pierze ptaków (gęsi, kur i t. d.).

Allergenem pokarmowym może być prawie każdy pokarm, specjalnie jednak własności uczulające posiadają: (ryby, śledzie, wieprzowina, jaja, mleko, kakao, poziomki, raki, szpinak, truskawki).

Allergeny bakteryjne są to najczęściej bakterje powodujące katary dróg oddechowych lub znacznie rzadziej bakterje przewodu pokarmowego. Najważniejszą grupę stanowią allergeny klimatyczne, a raczej klimatyczno-mieszkaniowe, gdyż zależą one, nietylko od klimatu, lecz również od urządzenia mieszkania.

Aczkolwiek już od wielu lat znany był wpływ klimatu i terenu na astmę oskrzelową, to dopiero prof. Storm van Leeuwen skonkretyzował w części istotę tych czynników klimatycznych.

Do allergenów klimatycznych prof. Storm van Leeuwen zalicza pleśniaki, zwłaszcza aspergillus fumigatus, dalej roztocze zbożowe, znajdujące się w słomie, we włosiach (np. w materacach, wyścielanych meblach i t. d.) i kurz domowy.

Oddzielną grupę stanowi wyciąg z naskórka ludzkiego, który daje t. zw. reakcję Storma, mającą znaczenie ogólne dla allergji.

Allergeny klimatyczne znajdują się w powietrzu, pościeli, meblach, dywanach, książkach i t. d.

Odkryte dotychczas przez prof. Storm van Leeuwena allergeny nie wyczerpują wszystkich allergenów klimatycznych, których część jest dotychczas nieznana.

Prof. Storm van Leeuwen w ciekawy sposób udowodnił wpływ klimatu i kurzu domowego na astmę. Mianowicie w czasie swej podróży, którą odbył z kilku chorymi na astmę, w każdej z miejscowości, w której się zatrzymywali, zbierał kurz domowy, robił z niego wyciągi i wstrzykiwał go chorym. Rezultaty były następujące:

Kurz zbierany	Ilość metrów nad poziomem morza	Ilość dodatnich reakcyj skórnych na kurz domowy
w Holandji	0	95%
„ Bazylei.	300	67%
„ Lugano	300	30%
„ Raguzie	8C0	35%
„ Wulpera	1200	18%
„ Davos	1550	12%
„ St. Moritz	1800	7%

Pozatem okazało się, iż w Holandji na tym samym poziomie znacznie więcej było przypadków astmy na gruncie wilgotnym niż suchym, pozatem chory na tym samym terenie mógł w jednym domu mieć ataki, w innych ich nie mieć.

Oprócz wzniesienia ponad poziom morza i właściwości gruntu, wielki wpływ ma samo mieszkanie i to, co się w nim znajduje.

Kurz domowy działa specjalnie ujemnie na astmę oskrzelową. Również kurz z książek lub gazet może powodować ataki astmy. Jest przytem ciekawe, iż wrażliwość na allergeny jest wprost proporcjonalna do odległości między organizmem, a miejscem, w którem się allergeny znajdują. W czasie mego pobytu w Holandji poznałem lekarza, który dostawał astmy, o ile otwierał zakurzoną książkę, natomiast, o ile ta sama książka leżała w odległości metra od niego, wówczas nie odczuwał żadnej dolegliwości. W podobny sposób reagował na papier gazetowy.

Jeżeli idzie o wrażliwość na roztocza zbożowe, to reagują nań przedewszystkiem włościanie, młynarze i kupcy zbożowi, w mniejszym stopniu lecz jednak dość często i mieszkańcy miast, gdyż roztocza znajdują się w mieszkaniach, mianowicie: dywanach, kanapach, materacach i t. d. I tu mogę podać jako przykład pacjentkę, która siedząc na tapczanie, nie odczuwała dolegliwości, natomiast, kładąc się na brzuchu, i mając nos w kontakcie z tapczanem, natychmiast odczuła lekką duszność. Jest to więc dowód, iż wrażliwość na allergeny jest zależna od ich odległości. Jedynie allergeny roślinne w okresie kwitnienia znajdują się na otwartej przestrzeni stale w kontakcie z błonami śluzowemi.

Najczęstszym allergenem klimatycznym w mieście są pleśniaki, które w znacznych ilościach znajdują się w klimacie wilgotnym, w mieszkaniach i poza nimi. Pleśniaki żyją poza organizmem człowieka i znajdują się w kurzu, dywanach, pościeli, meblach, podłogach, ścianach, tapetach i t. d. Wyjątkowo pleśniaki rozwijają się w organiźmie ludzkim.

Jako dowód słuszności, iż wyżej wymienione czynniki klimatyczne są w istocie allergenami, prof. Storm van Leeuwen przytacza następujące spostrzeżenia.

Pacjentka lat 24 była od kilku lat w Amsterdamie leczona na astmę i ekzemę Był to przypadek klimatyczny, gdyż w czasie półrocznego po-

bytu w Szwajcarji była wolna od wszelkiej dolegliwości. Pacjentka przybyła do prof. Storm van Leeuwena z silną ekzemą, która po raz pierwszy wystąpiła przed rokiem. Okazuje się, iż na kilka dni przed pojawieniem się ekzemy, pacjentka otrzymała materac, który przez dłuższy czas leżał na strychu, a więc mógł zawierać wiele kurzu i pleśniaków. Z polecenia profesora pacjentka kupiła nowy materac i stan chorej znacznie się poprawił. Po dwuch tygodniach zjawiła się u profesora również z ekzemą siostra pacjentki. Okazało się, iż ona odziedziczyła po siostrze materac.

Wobec powyższych faktów z tego materaca wzięto nieco bawełny do płytki Petri'ego, wstawiono do cieplarni i po tygodniu wyhodowano czystą kulturę aspergillus fumigatus. Następnie prof. Storm van Leeuwen zrobił wyciąg z tej kultury i zastrzykiwał go doskórnie u astmatyków i ludzi zdrowych. U astmatyków w wielu wypadkach rezultat był pozytywny, natomiast u nieallergików rezultat ujemny. Małe dawki wyciągu z pleśniaków u chorych z reakcjami dodatniemi dawały po pewnym czasie poprawę, natomiast duże dawki, jako pierwszy objaw, powodowały silny katar nosa, następnie zaś objawy, astmy, ekzemy i t. d.

Powyższe wyniki dają dostateczny dowód, iż pleśniaki są allergenami.

Allergeny mogą w pewnych wypadkach wywoływać we krwi substancje hamujące, t. zw. anti-allergeny, co stwierdzić można następującem doświadczeniem. Jeżeli do strzykawki, zawierającej 0,1 ekstraktu allergenu, wciągniemy 0,9 krwi allergika i z tej mieszaniny wstrzykniemy doskórnie na przedramieniu lewem 0,1, zaś na drugiem przedramieniu wstrzykniemy również doskórnie 0,1 mieszaniny 0,1 allergenu plus 0,9 roztworu soli fizjologicznej, to u danego allergika w ostatnim przypadku odczyn będzie dodatni, a w pierwszym wątpliwy lub negatywny.

Jeżeli idzie o wrota wejścia dla allergenów, to są one różne: a więc: skóra, błony śluzowe dróg oddechowych, pokarmowych we wszystkich ich odcinkach. Przypadki wprowadzenia allergenów drogą zastrzyków należą w praktyce codziennej do zjawisk rzadkich.

Technika otrzymywania ekstraktów allergenowych.

Sposoby otrzymywania ekstraktów są różne, najprostszy jest jednak sposób przygotowania ekstraktów wodnych, stosowany w klinice prof. Storm van Leeuwena w Leyden.

Do jednego grama materjału, zawierającego allergeny (pyłki roślinne, pierze, sierść zwierzęca, pokarmy i t. d.), dolewa się 100 gramów roztworu soli fizjologicznej, dobrze się rozciera przez kilka minut, a po godzinie filtruje się przez sączek. Następnie przepuszcza się przez filtr Berkenfelda i do przesączu dodaje się karbolu do zawartości pół procent. Kilka kropel w ten sposób otrzymanego wyciągu wlewa się do probówki

z buljonem i wstawia do cieplarki na 24 godziny dla sprawdzenia jałowości.

Allergeny są rozpuszczalne w wodzie i dlatego metoda ta powinna być wystarczająca, aczkolwiek Grünewald przy wyciągach z pyłków roślinnych używa dla strącenia albumin alkoholu, amerykanie używają eteru, gliceryny i roztworu soli fizjologicznej. Według autorów amerykańskich (Black, Moore, Walker) allergeny nie należą do grupy protein, zaś Kemmerer sądzi, iż substancje najbardziej czynne w allergenach nie mają charakteru białkowego, natomiast mniej czynne są białkami.

Jeżeli idzie o otrzymywanie wyciągu z pleśni, to technika ich otrzymywania jest inna. Pleśnie hoduje się na skośnym agarze, następnie przesiewa się je na t. zw. płyn Rollina, który, będąc pożywką dla pleśni, ma własności bakterjobójcze. Po pewnym czasie, kiedy rozwój pleśni w płynie Rollina osiągnie punkt maksymalny, odlewa się płyn, a z pozostałych pleśni robi się wyciąg według wyżej podanego przepisu.

Jeżeli porównamy kilka ekstraktów, zrobionych z tego samego materjału, to przekonamy się, iż odczyny przez nie wywołane są niejednakowe, a różnice nieraz bardzo znaczne. Pochodzi to stąd, iż w dwuch jednogramowych materjałach allergenowych ilość allergenów może być różna. Z tego powodu każdorazowo otrzymany wyciąg należy standaryzować na chorych i zdrowych. Wielu trzeba było doświadczeń, aby dojść do pewnego miana ekstraktu. Jeżeli jednak posiada się już pewne miano, to następnie otrzymywane ekstrakty bada się w sposób następujący:

Najprzód zastrzykujemy doskórnie allergikowi 0,1 ekstraktu o znanym mianie; po 15 minutach rysujemy na bibule przyłożonej do miejsca zastrzyku brzegi danego odczynu, następnie na drugiem przedramieniu zastrzykujemy 0,1 badanego ekstraktu i po 15 minutach rysujemy na bibule wielkość odczynu i porównujemy. O ile ten ostatni jest za silny w porównaniu z odczynem ekstraktu mianowanego, wówczas rozcieńczamy go i zastrzykujemy rozcieńczony dopóki otrzymamy żądany odczyn.

O ile odczyn okaże się za słaby, wówczas wyciąg jest źle przygotowany. Bardzo ważną rzeczą jest kontrola u osób zdrowych, gdyż u tych odczyn winien być zawsze ujemny.

Dla ustalenia przyczyn stanów allergicznych posiadamy cały szereg metod badania.

Przedewszystkiem anamneza, w której należy zwrócić uwagę na następujące momenty. Czy w dzieciństwie nie było objawów skazy wysiękowej, czy chory ma styczność ze zwierzętami domowemi, ptakami, zbożem, towarami, skórami i t. d. (garbarstwo, młynarstwo i t. d.). Czy mieszkanie jest wilgotne, czy w mieszkaniu są dywany ,futra na podłodze, kwiaty, zwłaszcza prymulki, czy stan chorego był zależny od miejsca pobytu, czy zależny jest od jedzenia, czy od pory dnia i nocy i t. d. Szczegółowo zebrana anamneza ułatwia nam niejednokrotnie odszukanie właściwego allergenu. O ile np. chory czuje się w dzień dobrze, a duszności dostaje w nocy lub nad ranem, wówczas należy to wiązać z allergenami, znajdującemi się w pościeli lub łóżku — co zresztą należy do przyczyn najczęstszych, zwłaszcza, iż obserwowana w tych przypadkach vagotonja zostaje w nocy wzmożona, gdyż noc jest domeną nerwu błędnego. Vagotonja jest czynnikiem współdziałającym.

O ile stan chorego pogarsza się po jedzeniu, wówczas trzeba szukać allergenów pokarmowych. O ile w domu jest kot, pies lub kanarek i t. p., wówczas należy zwierzęta usunąć.

O ile mamy do czynienia z aptekarzem, należy przedewszystkiem myśleć o lekarstwach jak ipekakuana, pyramidon, aspirina i t. p. O ile idzie o klinikę chorób allergicznych prof. Storm van Leeuwena w Leyden, to po zebraniu szczegółowej anamnezy przechodzi się do badania fizykalnego, następnie do oznaczenia pojemności życiowej płuc, do określenia podstawowej przemiany, wreszcie do badań skórnych i doskórnych na allergeny na wewnętrznych powierzchniach ramion i przedramion.

Za pomocą skaryfikacji skórnych przeprowadza się badania na następujące allergeny:

1) allergeny pokarmowe:
   a) mieszaninę mięs,
   b) mieszaninę ryb,
   c) mieszaninę jarzyn,
   d) jajko.

2) allergeny zwierzęce:
   mieszanina z kota,
   psa,
   konia,
   królika.

3) allergeny roślinne:
   a)z pyłków ziół i kwiatów w postaci dwuch mieszanin.

Za pomocą zastrzyków doskórnych przeprowadza się następujące badania:

1) Wyciag z pleśni,
2) „ „ roztoczy zbożowych,
3) „ „ pierza,
4) „ „ kurzu,
5) „ „ naskórka ludzkiego,
6) „ „ mleka (1 × 10).

O ile skaryfikacje skórne dają odczyny ujemne, wówczas przechodzimy do zastrzyków doskórnych, przyczem dane wyciągi rozcieńczamy. Początkowo jeden na tysiąc, następnie jeden na sto, wreszcie jeden na dziesięć.

Reakcje odczytuje się po 15 minutach po zastrzyku doskórnym. Po skaryfikacji po 10 minutach. Reakcja może być ujemna (—), wątpliwa (±), dodatnia (+) i wybitnie dodatnia (++).

Reakcja jest ujemna wówczas o ile nie daje żadnego odczynu lub odczyn, który nie jest większy od próby kontrolnej. Wątpliwa jest wówczas reakcja, o ile powstaje bąbel z nieznacznym zaczerwienieniem. Dodatnia, o ile bąbel i czerwone hallo wynosi 2—3 centymetry, przyczem bąbel może posiadać wypustki (pseudopodje). Wybitnie dodatni jest odczyn z licznemi wypustkami i znacznym zaczerwienieniem naokoło. Najsilniejsze odczyny dają wyciągi z pleśni, nieraz trwające 24 godziny. Badania skórne i doskórne pozwalają nam tylko do pewnego stopnia zorjentować się z jakim przypadkiem mamy do czynienia, gdyż niema ścisłej zależności między reakcją skóry a stanami allergicznemi innych organów.

Po przejściu prób skórnych pacjent przechodzi do tak zwanej kamery allergicznej, którą wynalazł prof. Storm van Leeuwen. Do kamery tej wchodzi zewnątrz powietrze za pomocą rury, gdzie zostaje oczy-

szczone przez specjalne elektryczne filtry, zatrzymujące allergeny. Pokój ten ma wszystkie ściany gładkie, łóżko zaś specjalne mające elastyczny materac stalowy. poduszki i kołdry wełniane są dezynfekowane. Poza łóżkiem żelaznym stoi jedno krzesełko i nocny stolik metalowy. Chory wchodzi do kamery już rozebrany.

O ile po dwuch, trzech dniach następuje poprawa, wówczas mamy do czynienia z przypadkiem klimatycznym i czas pobytu chorego w kamerze allergicznej należy wykorzystać na przeprowadzenie specyficznego leczenia odczulającego.

Zdarzają się przypadki, iż mimo ujemnych odczynów skórnych następuje w kamerze allergicznej poprawa. Jest to dowodem, iż albo odczyny skórne w tym przypadku nie były związane ze stanami allergicznemi innych organów lub też stany chorobowe były wywołane przez nieznane nam allergeny klimatyczne.

W razie braku poprawy lub przy częściowej poprawie wprowadzamy w czasie pobytu w kamerze dwudniową głodówkę — zezwala się jedynie na herbatę i ewentualnie sucharki. O ile głodówka przynosi poprawę, jest to dowodem, iż stan chorobowy łączy się z pokarmami.

Dla wypróbowania właściwej djety najlepiej jest podawać choremu naczczo (o ile czuje się dobrze) tylko jeden pokarm i czekać sześć godzin. W ciągu tego czasu jesteśmy w stanie stwierdzić, czy dany pokarm miał wpływ szkodliwy. W ciągu następnych dni również naczczo podajemy pojedyńczo każdy pokarm, który chcemy wypróbować.

Zwykle pierwszego dnia podaje się szklankę mleka, drugiego dnia jajko, trzeciego dnia wieprzowinę i t. d.

Badanie na pokarmy w kamerze allergicznej ma poważne znaczenie, gdyż stany allergiczne są nieraz wywołane przez różnego rodzaju allergeny, najczęściej obok allergenów pokarmowych wchodzą w grę klimatyczne, które w kamerze już nie działają. Dlatego też badanie na pokarmy poza kamerą ma mniejszą wartość, gdyż pogorszenie może pochodzić od czynników klimatycznych.

Anamneza, badanie fizykalne, odczyny skórne, pobyt w kamerze i djeta dają nam w znacznej większości przypadków etjologję stanów allergicznych.

W praktyce codziennej, gdzie nie rozporządzamy kamerą, musimy zadowolić się w większym stopniu odczynami skórnemi, których znaczenie należy szczegółowo omówić.

Przedewszystkiem allergen jest specyficzny tylko wtedy, o ile wyciąg z niego powoduje odczyn skórny u allergików, a nie powoduje u osobników bez skazy allergicznej.

Skaryfikacje skórne są mniej czułe, ale zato bardziej bezpieczne od reakcyj doskórnych. Dlatego też na allergeny zwierzęce, roślinne i po-

karmowe robimy skaryfikacje skórne i tylko w przypadkach negatywnych możemy przejść do reakcyj doskórnych.

Reakcje doskórne allergenów klimatycznych mogą być nieraz bardzo silne, natomiast rzadko powodują ogólne reakcje w postaci pogorszenia się stanów allergicznych i wówczas dla zmniejszenia reakcji stosujemy zastrzyk adrenaliny i siarki.

Ogólne reakcje najczęściej bywają od allergenów pokarmowych, jak ryby i jajka oraz allergenów zwierzęcych. Cooke opisuje wypadek, w którym djagnostyczne wstrzyknięcie wyciągu z ryb u dziecka chorego na astmę, spowodowało śmierć. Sam widziałem wypadek na klinice prof. Storm van Leeuwena, gdzie choremu na astmę, który wiedział, iż jajko pogarsza jego stan, wtarto drogą skaryfikacji w skórę żółtko od jaja. Efekt był piorunujący, w ciągu dwuch minut chory cały zesiniał, dostał bardzo silnej duszności, zimny pot wystąpił na czoło, tętno słabo wyczuwalne i jedynie dzięki natychmiastowej interwencji chory został uratowany.

Reakcje te zdarzają się niezwykle rzadko. W przypadku Cook'a ominięta została, być może, skaryfikacja, w przypadku drugim przy skaryfikacji pokazała się krew i allergen dostał się odrazu do krwiobiegu, co spowodowało gwałtowną reakcję.

Przypadki wyżej wymienione należą wogóle do rzadkości, a jeżeli nawet wystąpią, to przy umiejętnej interwencji nie dopuszcza się do groźnych stanów.

Przy wystąpieniu silnej ogólnej reakcji stosuje się w klinice prof. Storm van Leeuwena następujący sposób:

Powyżej miejsca odczynu przewiązuje się mocno rękę gumą i w ten sposób wstrzymuje się dopływ allergenów do ogólnego krwiobiegu, następnie zastrzykuje się adrenalinę w miejsce zastrzyku, który wywołał reakcję, oraz wstrzykuje się 0,5 adrenaliny w drugą rękę. O ile stan chorego się poprawia, wówczas lekko zwalniamy gumę na kilka minut i potem znów ją zaciskamy mocniej. Powtarzając ten zabieg kilka razy, doprowadzamy do krwiobiegu w zwolnionym tempie allergeny z miejsca odczynu.

O ile stan chorego się nie poprawia, wówczas stosujemy z ręki uciśniętej upust krwi, ewentualnie z drugiej ręki dożylny zastrzyk z adrenaliny. Przy poprawie ucisk gumy zwalniamy bardzo powoli.

Obecnie przejdziemy do ścisłej oceny wartości odczynów skórnych.

Allergja przejawia się wogóle w pięciu odcinkach:

1) w skórze,
2) w błonach śluzowych, oka, nosa i gardła,
3) w narządzie oddechowym,
4) w narządzie krążenia;
5) w przewodzie pokarmowym.

Obecnie należy ocenić, czy dodatni odczyn allergiczny skóry oznacza również allergję innych narządów, oraz czy ujemny ją wyklucza.

Odczyn wyraźnie dodatni ma zawsze znaczenie djagnostyczne. Odczyn dodatni lub wątpliwy ma znaczenie względne. Odczyn negatywny nie zawsze wyklucza allergję.

Naskórek ludzki — reakcja Storma ma ogólne znaczenie dla allergji.

Reakcja dodatnia alergenów roślinnych przy skaryfikacji lub zastrzyku doskórnym w rozcieńczeniu jeden na tysiąc jest zawsze specyficzna, odczyn ujemny wyklucza allergję.

Allergeny zwierzęce przy skaryfikacji lub zastrzyku doskórnym w rozczynie jeden na tysiąc przy reakcji dodatniej są specyficzne, odczyn ujemny wyklucza allergję.

Allergeny klimatyczne — reakcje dodatnie lub wybitnie dodatnie dowodzą allergji, natomiast ujemne jej nie wykluczają.

Allergeny bakteryjne są specyficzne tylko przy wybitnie dodatniej reakcji.

Allergeny pokarmowe — reakcja dodatnia dowodzi allergji, ujemna jej nie wyklucza.

O ile np. pokrzywka występuje zaraz po spożyciu pokarmów, wówczas wyciąg z tych pokarmów powinien dać odczyn dodatni. O ile zaś pokrzywka wystąpi w kilka godzin po jedzeniu, wówczos odczyny skórne zawodzą, gdyż pokrzywka zostaje wywołana przez dalsze produkty przemiany materji.

Wszystkie odczyny skórne należy kontrolować, czy to przez djetę, czy też przez bezpośrednie zetknięcie organizmu ze szkodliwemi czynnikami.

Leczenie stanów allergicznych.

Na powstanie stanów allergicznych składają się trzy zasadnicze czynniki:

1) czynnik uspasabiający — jest to dziedziczna skaza charakteryzująca się głównie zwiększoną przepuszczalnością naskórka, nabłonków

błon śluzowych i śródbłonków naczyniowych, oraz brakiem zdolności wytwarzania pewnych przeciwciał.

2) czynniki sprzyjające — schorzenia wątroby, gruczołów, wydzielania wewnętrznego, systemu neurowegetatywnego oraz infekcje.

3) czyniki wywołujące — allergeny.

Najprostszym leczeniem byłoby unikanie allergenów. Trudności w tym wypadku są dwuch rodzai — mianowicie: nie zawsze daje się ustalić właściwy allergen, oraz nawet przy jego ustaleniu nie zawsze się da go uniknąć, jak np. kurz lub pleśnie.

Z allergenów odczytanych z reakcji skórnych można usunąć — allergeny roślinne i to tylko niektóre, jak np. prymulki lub inne kwiaty z domu, natomiast nie da się uniknąć pyłków roślinnych, znajdujących się w powietrzu w okresie kwitnienia. W tym czasie chorzy w domu przynajmniej w jednym pokoju winni mieć ściśle zamknięte okna.

Z allergenów zwierzęcych można usunąć allergeny, które znajdują się w zwierzętach domowych przez wydalenie zwierząt z domu, lub też można kazać zmienić zawód np. furmanom lub garbarzom, mającym do czynienia z czynnikami szkodliwemi w skórach zwierzęcych.

Z allergenów klimatycznych należy usunąć przedewszystkiem te czynniki szkodliwe, które znajdują się w sypialni, a więc pierza, słomę, materac, dywany i t. p.

Kwestja urządzenia sypialni jest wobec wielkich kosztów kamery allergicznej rzeczą niesłychanie ważną, albowiem wiele stanów allergicznych pogarsza się w nocy. W sypialni chorego winno znajdować się żelazne łóżko z siatką sprężynową, materac dezynfekowany, dokładnie i całkowicie przykryty prześcieradłem; poduszka z pierza (o ile ją pacjent znosi), lub z włosia, lub też ze sztucznego jedwabiu, oraz koc wełniany. Pozatem stolik żelazny i jedno krzesło. Na oknie zasłona płócienna, podłoga bez dywanów.

Z allergenów pokarmowych usunąć można pojedyńcze pokarmy, w przypadkach, w których chory reaguje na większość pokarmów, nie można ze względu na wygłodzenie usunąć ich wszystkich i wówczas usuwa się najważniejsze, a na pozostałe przeprowadza się odczulenie.

O ile da się uniknąć zetknięcia organizmu z allergenami, wówczas stany allergiczne same przez się ulegają poprawie; w znacznej większości przypadków jest to nie do przeprowadzenia. Wówczas przechodzimy do odczulenia specyficznego. Najłatwiej jest je przeprowadzić w kamerze allergicznej lub w wysokich górach. W praktyce codziennej przeprowadzamy je w gorszych warunkach, zalecając o ile możności unikanie styczności z allergenami.

Leczenie stanów allergicznych za pomocą odczulenia może być specyficzne lub niespecyficzne. Podstawą odczulenia, czyli desensybilizacji są zjawiska antyanafilaksji i skeptofilaksji.

Metoda antyanafilaksji została opracowana przez Besredkę i polega na tem, iż w zwierzęciu, któremu przed pewnym czasem (nie mniej jednak niż przed 14 dniami) wstrzyknięto pewien rodzaj białka — dla uniknięcia schoku anafilaktycznego przed reinjekcją tegoż białka wstrzykuje się małą dawkę podskórnie tegoż samego białka, a po pół godzinie lub godzinie większą jego ilość. Chroni to zwierzę od schoku tylko na krótki czas (np. kilka tygodni) i tem się różni od uodpornienia (imunitas), które trwa bardzo długo.

Skeptofilaksja tem się różni od antyanafilaksji, iż chroni od wstrząsu tylko na kilka godzin. Skeptofilaksja przez długi czas często powtarzana prowadzi do odczulenia. Odczulenie specyficzne polega na przyzwyczajeniu się i zwiększeniu odporności wobec danego antygenu. Odczulenie niespecyficzne zmniejsza wrażliwość tak zwanych organów schoku, jak wątroba, układ neurowegetatywny, układ w śródbłonkowo siateczkowy oraz powoduje niespecyficzne zwiększenie odporności organizmu.

Odczulenie per os.

Jeżeli na godzinę przed spożyciem pokarmu, wywołującego stan allergiczny, — podamy minimalną ilość jego i będziemy to powtarzać przez czas dłuższy, zwiększając stopniowo jego ilość, wówczas zwiększymy odporność organizmu na dany allergen. W ten sposób Pasteur Valery Radot odczulił astmatyka wrażliwego na białko jaja, podając mu na godzinę przed posiłkiem 10 kropli białka i powoli zwiększając dawkę aż do 100 kropli.

Vidal i Pasteur Valery Radot odczulili w podobny sposób chorego, czułego na antypirinę, podając mu wzrastającej dawki tego leku od 0 005 do 0,02.

Langcope podaje, iż w Ameryce dotknięci katarem siennym już na dłuższy czas przed sezonem dla celów profilaktycznych spożywają siano.

Do niespecyficznego odczulania per os stosuje pepton w ilości od 0,015 do 0,5 podany na godzinę przed posiłkiem. Skuteczność tej metody daje się stwierdzić w pewnych stanach allergicznych, związanych z pokarmami, jak urticarja, strofulus i t. d., o ile odczulenie to przynosi efekt, to zwykle efekt trwały.

Do odczulenia niespecyficznego per os stosuje Ravaut podsiarczyn sodu w ilości jednego grama przed każdym posiłkiem, czasem podaje dawki dzienne do dwunastu gramów. Działanie podsiarczynu sodu jest problematyczne i powoduje często zaburzenia żołądkowe i wykwity skórne.

Odczulanie specyficzne za pomocą zastrzyków.

Najbardziej specyficzne odczulanie możemy przeprowadzić przy katarze siennym, gdzie odnalezienie właściwych allergenów jest stosunkowo

łatwe. Leczenie zaczyna się od dawek, które nie powinny wywoływać ogólnego odczynu. Z początku próbowano tę dawkę ustalić w ten sposób, iż brano to najmniejsze rozcieńczenie, z którego 0,1 wstrzyknięte doskórnie, nie wywołało miejscowego odczynu. Metoda ta okazała się jednak w praktyce zawodna. Doświadczalnie zostały ustalone te najmniejsze dawki, które w żadnym wypadku nie wywołały odczynów ogólnych. Dla allergenów roślinnych jest to 0,1 rozcieńczenia 1 : 100, 000 dla allergenów klimatycznych 0,1 rozcieńczenia 1 : 10,000, 000.

Leczenie astmy siennej zaczyna się na kilka miesięcy przed właściwym sezonem; prof. Storm van Leeuwen radzi stosować zastrzyki przez cały rok. Dawki zwiększa się stopniowo, dochodząc do tej dawki, która powoduje lekki odczyn ogólny. Wówczas robimy pewną przerwę i dalej zastrzykujemy dawki niższe od tej, która odczyn wywołała. Przy przedawkowaniu należy wstrzykiwać adrenalinę lub też siarkę domięśniowo.

Leczenie specyficzne winno być przeprowadzone pod ścisłą kontrolą lekarską, gdyż tylko w ten sposób można uniknąć przykrych niespodzianek i osiągnąć w wielu przypadkach dobre rezultaty, co w znacznej mierze zależy od cierpliwości pacjenta, albowiem poprawa następuje nieraz po dłuższym czasie leczenia. Dokładniejszy przebieg leczenia podam w części szczegółowej.

Niespecyficzne odczulanie zastrzykami.

Leczenie peptonem — Pasteur Valery Radot — stosuje zastrzyki doskórne po 0,1 — 0,2 50% roztworu peptonu przez 20 dni z rzędu. Auld stosuje 5% roztwór peptonu drogą dożylną i domięśniową w odstępach kilkudniowych. Zastrzyki dożylne są niebezpieczne, domięśniowe dają czasem dobre rezultaty. Cantonuet stosuje zastrzyki jodowo-peptonowo-wapniowe w wyciągu z jaborandum, przyczem rezultaty są znacznie lepsze niż od samego peptonu.

Zastrzyki mleka nie zawsze są bezpieczne u allergików, zresztą rezultaty są niezbyt zachęcające. Ostatnio ze środków niespecyficznych należy wymienić wprowadzone przez prof. Storm van Leeuwena zastrzyki siarki. Również autor stosował je w kilkudziesięciu przypadkach i osiągnął naogół dobre rezultaty. Siarkę stosuje się w roztworach lub w zawiesinie w oliwie od 0,2% do 1%. Pierwsza dawka winna wywołać reakcje w postaci dreszczów i gorączki. O ile przy tej reakcji nie nastąpi poprawa, wówczas najprawdopodobniej dalsze zastrzyki nie osiągną efektów. O ile natomiast nastąpi poprawa po pierwszym zastrzyku, wówczas dawkę należy zmniejszyć tak, aby wywołała nieznaczną reakcję. Zastrzyki należy robić domięśniowo w odstępach 4—7-dniowych czasem dawkę zwiększając. Autor stosuje rozcieńczenia 0,25% w ilości 1 cent., jako dawkę zasadniczą, zmniejszając ją lub zwiększając w razie potrzeby.

Lumiere i Ravaut stosuje dożylnie podsiarczyn sodu w 20% roztworze w ilościach od dwuch cent. sześc. do 30 cm^3.

Lumiere stosuje również zastrzyki dożylne 10 centm. 10% magnesium sulfuricum.

Sole wapniowe wstrzykiwane dożylnie lub domięśniowo znajdują często zastosowanie w stanach allergicznych, przyczem niektórzy autorzy stosują je w połączeniu z doustnie podanym wigantolem, zwłaszcza w schorzeniach skóry.

Specjalną grupę stanowią szczepionki przeciwastmatyczne, szczególnie stosowane w Ameryce częściowo we Francji. W Polsce posiadamy szczepionkę przeciwastmatyczną, przygotowywaną przez Państwowy Zakład Hygjeny w Warszawie. W kilku przypadkach astmy związanej z przebytem zakażeniem dróg oddechowych udało się autorowi osiągnąć odczulenie za pomocą tej szczepionki.

Autoszczepionka z plwociny chorego na astmę daje dobre rezultaty w bardzo nielicznych przypadkach. Specjalną metodę leczenia stanów allergicznych znajdujemy w homeopatji, gdzie Reuter radzi wstrzykiwać kwas mrówkowy w przypadkach astmy, ekzemy i pokrzywki w potencji D_{12} i D_{30}.

Podał S. BOGUSZEWSKI, Warszawa.

NOWOCZESNE ŚRODKI NASERCOWE POBUDZAJĄCE.

Liczba środków leczniczych, mających na celu wzmożenie osłabionej działalności oddychania i krążenia nie jest zbyt wielka. Naczelne miejsce wśród wszystkich środków nasercowych zajmuje zdawien dawna kamfora.

Kamfora jest środkiem bardzo starym, bodaj, czy nie jedynym środkiem nasercowym, który przetrwał wieki: ma za sobą XIV wieków całkiem zasłużonej tradycji i popularności. Skuteczność kamfory jako środka nasercowego była znana już w zaraniu wieków średnich arabom, wenecjanom, kupcom i podróżnikom wschodu.

Mechanizm działania farmakodynamicznego kamfory nawet do tej pory nie jest dostatecznie jasny, pomimo to niezaprzeczalne własności lecznicze są stwierdzone doświadczeniem stuleci.

Działanie kamfory jest rozmaite w zależności od wielkości dawek: w dawkach małych kamfora pobudza mięsień sercowy przez węzeł Kaith-Flacka, wzmacnia siłę skurczów mięśnia sercowego przez działanie na

same włókna mięsne; tętno z początku przyśpiesza, następnie stale zwalnia i staje się pełniejsze i regularne.

Stosowanie dawek większych (0,5—1,0 pro dosi) podrażnia ośrodek naczynioruchowy, zwiększa parcie krwi.

I w jednym i w drugim przypadku działanie kamfory na ośrodek oddechowy i naczynioruchowy, na sam mięsień sercowy jest wyraźnie widoczne. Kamfora ma jednak pomimo tak wielu ważkich zalet kilka ujemnych cech, z którymi w w y p a d k a c h n a g ł y c h trzeba się liczyć i, które trzeba umieć przewidzieć i o nich pamiętać. Przedewszystkiem kamfora jest prawie nierozpuszczalna w wodzie, rozpuszczalna w oliwie, działa bardzo późno i bardzo powoli, czego dowodem jest choćby to, że w moczu zjawia się kamfora dopiero po upływie trzech godzin. Dla jej utlenienia wewnątrz ustrojowego konieczna jest dobra wentylacja płuc, co jest bardzo problematycznem żądaniem ze względu na warunki patologiczne, w których znajduje się chory ustrój. (Ogólny zastój żylny, zła wymiana gazów ustrojowych i t. d.).

Dlatego też szczególnie w przypadkach nagłych, w przypadkach rzeczywiście ciężkich (zaparcie przy i pooperacyjne, przełomy oddechowe, zatrucia alkoholem, narkotykami, gazem świetlnym, stany zamartwicze u noworodków i t. d.), gdy trzeba osiągnąć możliwie szybko maksymalny efekt działania środka nasercowego, w tych przypadkach działanie kamfory należy uważać za problematyczne.

Tego rodzaju zawodne właściwości kamfory były znane oddawna. i cały szereg uczonych starał się znaleść wyjście z błędnej drogi.

Próby te szły przedewszystkiem w kierunku przyśpieszenia efektu działania kamfory.

Czasami były one conajmniej ryzykowne, i notujemy je jedynie dla większego uwypuklenia omawianego tematu.

Tak np. Fiszer wprowadził, a przynajmniej zalecał dożylne stosowanie 10% oleistego rozczynu kamfory w ilości 1—2 cent.³. Zabieg nie zyskał jednakże praw obywatelstwa w medycynie, gdyż całkiem słusznie wywołał uzasadnione obawy przed niebezpieczeństwem takiego zabiegu dla życia chorego (cyt. w/g Guggenheimera).

Leo (cyt. w/g tegoż prof. Guggenheimera) swojego czasu proponował w takich warunkach i wypadkach 0,16% rozczyn wodny kamfory Propozycja ta nie doznała jednak również życzliwego przyjęcia. Pomijając to, że kliniki uniwersyteckie nie potwierdziły pierwotnych wyników i obserwacji Leo, bowiem, o ile w warunkach szpitalnych nie trudno jest technicznie wykonać zastrzyyk dożylny 100 cent.³ płynu dożylnie, o tyle w warunkach pozaszpitalnych, w warunkach domowych, zabieg taki jest technicznie niewykonalny w czasie możliwie szybkim.

Dlatego też zawsze istnieć musiała tendencpa do wynalezienia środka pobudzającego, środka nasercowego, który dawałby efekt naprawdę

błyskawiczny — efekt możliwie maksymalnej mobilizacji rezerwowych sił sercowych. Środek taki z ogólnie zrozumiałych przesłanek musi być stosowany dożylnie to jedno, a drugie zaś z tych samych motywów musi być rozpuszczalny w wodzie, w możliwie dużem stężeniu; ten drugi warunek jest wreszcie więcej zależny od stopnia wartości farmakologicznej danego środka dla ustroju.

Środki takie jak Convallaria, Adonis Vernalis, mają swem zadaniem jedynie podtrzymanie już osiągniętej równowagi serca i przy rozpatrywaniu poruszanych problemów nie mogą z tego li tylko względu być brane pod uwagę.

Jednym z potężnych środków nasercowych pobudzających jest adrenalina, ale, podkreślamy, kto choć raz jeden w życiu zastosował ją dożylnie, ten prawdopodobnie drugi raz w swem życiu tego eksperymentu nie powtórzy, działanie jej jest naprawdę błyskawiczne, ale sensacje, które przeżywa chory w tymże czasie do lekkich bynajmniej nie należą. Jeszcze można ryzykować injekcje adrenaliny wprost do serca w przypadkach, gdy rzeczywiście nic niema do stracenia np. w przypadkach nieprzewidzianej zapaści (podczas narkozy w czasie zabiegów operacyjnych) ale w przypadkach, gdy lek ten może być zastąpiony przez inny również skuteczny, lecz bez przykrych sensacji dla chorego, stosowanie adrenaliny dożylnie nie powinno mieć miejsca.

Co do działania podskórnego adrenaliny, jako środka podniecającego serce, ewentualnie stosowania per os, cały szereg praktyków i teoretyków medycyny wypowiada się w sensie dość wątpliwym.

Następnym środkiem heroicznym jest ouabain'a i strofantyna. Za stosowanie ich ogranicza się do dominującej rozstrzeni prawego serca a po drugie, istnieje cały szereg ograniczeń i mniej lub więcej uzasadnionych obaw, które również do minimum ograniczają zakres ich stosowania Rzeczywiście, w wielu przypadkach niedomogi prawego serca strophantyna i ouabain'a dają wyniki bardzo efektowne: działanie ich nie jest jednak zbyt szybkiem, następnie zabieg ten nie może być zbyt często stosowany, a tembardziej w razie koniecznej potrzeby nie może być zaraz powtórzony. Te właściwości toksyczne strofantyny bardzo ograniczają zakres jej działania.

Rozpatrzmy więcej znane i wprowadzone do lecznictwa środki nasercowe. Prof. Guggenheimer stwierdza dodatnie i szybkie działanie Hexetonu, którego działanie ma występować w ciągu 2—3 minut. Hexeton jest to rozczyn 3 methyl — 5 izopropyl — 2 cyclo-hexanonu w rozczynie Natr. Salicylici. Preparat ten nie zyskał jednak wielkiej ilości zwolenników. Tenże autor wypowiada się jednakże przeciw stosowaniu innej namiastki kamfory — Camphogenu.

Dość wprowadzony w lecznictwie preparat Camphochin, ze względu na zawartość w nim chininy, nie może zupełnie być brany pod uwagę.

Według Singer'a, Winterberga, chinina działa na serce szkodliwie przez porażenie mięśnia sercowego, wskutek zmniejszenia siły skurczów jego — ujemny inotropizm (Poulsson) przez prawdopodobne toksyczne porażenie ośrodków oddechowego, krążeniowego na dnie czwartej komory mózgowej. Mackenzie wyklucza a priori stosowanie chininy i jej przetworów z leczenia u osobników z wyraźnie zaznaczoną niewydolnością mięśnia sercowego. Preparat ten jednakże nie wydaje mu się całkowicie odpowiednim, gdyż efekt leczniczy tego preparatu (według autora) jest bardzo problematyczny.

Cardiasol pod względem chemicznym jest pięciometylenotetrasolem o wzorze (C_6 HON_4). Rozczyny Cardiasolu nie rozkładają się nawet przy ciepłocie 170^0 (Schmidt), farmakodynamika Cardiasolu polega na działaniu na muskulaturę gładką i na sam mięsień sercowy. Autorzy zgodnie podkreślają pod wpływem Cardiasolu wzmocnienie akcji serca, dotyczy to wysokości fali skurczowej i częstości skurczów (Hildebrandt). Działanie Cardiasolu, rzecz biorąc teoretycznie, nie jest działaniem inotropowo-porażnem, ani chronotropowo-ujemnem. W każdym bądź razie stwierdza się tak pożądane zwolnienie tętna przy działaniu Cardiasolu na niewydolny mięsień sercowy. (K. Bluth).

Cardiasol przez wzmożenie pobudliwości całego układu nerwowego powoduje podrażnienie ośrodka oddechowego i ośrodkowe pobudzenie ośrodka naczynioruchowego. Również dowiedzionym jest wpływ Cardiasolu na nerw błędny (Hildebrandt). Stosowanie Cardiasolu na sam mięsień sercowy (doświadczenia Langendorff'a, Hildenbrandt'a, Schütz'a, Starling'a, Trendelenburg'a) i sprawę działania Cardiasolu na serce w warunkach doświadczalnej fizjologji uważać należy za kwestję nadal otwartą. (Liczba prac, omawiających wartość leczniczą Cardiasolu, dochodzi do kilkuset).

Bardzo dodatnie działanie na czynność serca wykazuje pochodne kwasów karbonowych.

Podczas, gdy związki kwasu alfa-carbonowego nie wykazują żadnego działania na mięsień sercowy, związki beta-carbonowe dają wyniki bardzo pożądane: działanie to jest wielostronne. Przedewszystkiem jest to działanie chronotropowe, t. j. działanie wyzwalające zadrażnienia, w prostej linji od tego działania chronotropowego jest uzależniona szybkość przewodzenia bodźców, związki te wywierają również wpływ na sprawność końcowych przyrządów nerwowych w mięśniu sercowym: jest to działanie batmotropowe. Związki kwasu betacarbonowego okazują również wpływ widoczny na siłę skurczu mięśnia sercowego. Siła ta jest zupełnie niezależną od bodźca, zależy od wewnętrznego stanu mięśnia sercowego, jest to wpływ t. zw. inotropowy.

Kliniczne działanie związków pyridino-beta-carbonowych wyraża się wybitnie dodatniem działaniem na mięsień sercowy przez zwolnienie rytmu i nasilenie skurczu. Również wybitne działanie jest na układ nerwowy roślinny a przedewszystkiem na ośrodek oddechowy; wskutek czego wdech staje się głębszy.

Wartość lecznicza dwu-etyl-amidu kwasu pyridino-beta-carbonowego była wszechstronnie zbadana przez cały szereg autorów zagranicznych (Beutel Ludwig, Petschacher Fritzel, Guth, Hirsch, Billes Ludevit i t. d., i t. d. i naszych — (Polskie prace o coraminie Mellera, Adolfa Dobrzanieckiego, Dobrowolskich, Katznera). Miarodajnemi są prace Asher'a.

25% rozczyn wodny dwu-etylo-amidu kwasu pyridino-beta-carbonowego jest opatentowany pod marką Coraminy. Jego wartość lecznicza jest już zupełnie ustalona. Z innych krajowych preparatów o identycznym składzie jest Stiminol.

MORSZYN.

Cechę, odróżniającą Morszyn od innych zdrojowisk, stanowi jego czysto wiejski charakter, wynikający z małego zabudowania jego terenu i spowodowanej przez to nie nadmiernie licznej frekwencji kuracjuszów. Jest to miejsce do prowadzenia poważnej kuracji przy zastosowaniu wszystkich, tak obficie danych Morszynowi przez naturę, środków leczniczych, w warunkach wygodnych, zdala od zgiełku miejskiego, ale jednocześnie zdala od rozrywek i urozmaiceń, dostarczanych przez zdrojowiska, tłumnie uczęszczane. Kto poszukuje sumiennego leczenia i zupełnego wypoczynku, tak niezbędnego przy intensywnej, wyczerpującej kuracji, — znajdzie je w Morszynie, kto szuka w zdrojowisku karnawału letniego — winien Morszyn omijać.

Morszyn leży w powiecie stryjskim, województwie stanisławowskim, przy stacji kolejowej tejże nazwy (na linji Lwów — Stryj — Stanisławów) na Podkarpaciu, w miejscowości falistej, wznoszącej się stopniowo ku Karpatom. Morszyn otaczają rozległe lasy szpilkowe, pokrywające łagodne wzgórza, z których roztacza się malowniczy widok na łańcuch Wschodnich Beskidów. Wysokość n. p. m. 325 m. Kolej, poczta, telegraf, telefon na miejscu.

Odpowiednio do położenia swego Morszyn posiada klimat podgórski i leśny, powietrze wolne zupełnie od kurzu. Przeciętna ciepłota dzienna od maja do września wynosi 17,4°.

Morszyn posiada jedyne w Polsce zdroje wód gorzkich. Najważniejszy z nich jest Zdrój Bonifacego, zawierający solankę nietylko najsilniej-

szą w Polsce, lecz będącą jedną z najbardziej stężonych wód w świecie. (Ostatni rozbiór, dokonany w roku 1925 przez Prof. S. Dzierzgowskiego, wykazuje zawartość 230 gramów różnych soli w 1 litrze wody). Wody tej zarówno do picia, jak i do kąpieli używa się w znacznem rozcieńczeniu, pozwalającem na ścisłe dostosowanie stopnia jej stężenia do potrzeb kuracji poszczególnego pacjenta. Przy odpowiednim stopniu rozcieńczenia, woda ze zdroju Bonifacego, odpowiada wodom zagranicznym Marjenbadzkim, przy większem stężeniu — zagranicznym wodom gorzkim różnego typu.

Zupełnie odmienny typ przedstawia źródło „Pod Matką Boską“, które zawiera małe ilości soli mineralnych i odznacza się wyjątkowo silną radjoczynnością. Dostarcza ono rozpowszechnionej już w całym kraju doskonałej wody stołowej do picia t. zw. „Morszynki“.

Wobec wyjątkowego znaczenia dla lecznictwa zdrojów Morszyńskich, zorganizowana została na miejscu wzorowa wytwórnia produktów zdrojowych, która zaopatruje w środki te rynek lekarski całej Rzeczypospolitej.

Prócz zdrojów wód mineralnych posiada Morszyn, w otaczających go olbrzymich lasach, bogate pokłady wysoce cennej borowiny leczniczej.

W łazienkach murowanych, położonych w parku zakładowym w bliskości willi zakładowych, wydawane są kąpiele mineralne, borowinowe, kwaso-węglowe, piankowe i t. p. a także zabiegi wodolecznicze. Obszerna leżalnia oszklona umożliwia kuracjuszom wypoczynek po odbyciu zabiegu leczniczego. Cały teren zakładowy, łazienki i wille są skanalizowane i zaopatrzone zapomocą wodociągu w doskonałą wodę źródlaną do picia.

Odpowiednio do specjalnego charakteru kuracji Morszyńskiej ważny czynnik leczniczy stanowi odżywianie djetetyczne, stosowane w prowadzonym w tym celu przez zarząd zdrojowiska pod kierownictwem lekarza, jako wzór dla innych pensjonatów specjalnej djety Morszyńskiej w „Zakładzie Djetetycznym“, gdzie uwzględniane są ściśle wszelkie zalecone przez lekarzy djety indywidualne.

Brak w Morszynie eleganckich restauracji i kawiarni usuwa pokusę łamania przepisanej, tak ważnej dla wyników kuracji, djety.

Wskazania lecznicze.

Do leczenia w Morszynie nadają się specjalnie: choroby wątroby, cięższe postacie artretyzmu, otyłość, cukrzyca i nawykowe zaparcie. Normalny okres kuracji trwa 3 tygodnie.

Ciężar gatunkowy wody wynosi 1.165.

Jeden litr wody morszyńskiej według prof. A. Sabatowskiego zawiera:

Chlorku sodu	72.05
Siarczanu sodu . . .	41.51
„ potasu . . .	18.45
„ magnezu . .	11.96
Chlorku magnezu . . .	47.35
„ potasu	36.89.

Z wody Morszyńskiej wytwarza się obecnie sól gorzką do zażywania, uwolnioną przez krystalizację od chlorku sodu. Soli tej używa się jako środka przeczyszczającego, oraz jako dodatku do lawatyw.

REFERATY Z CZASOPISM OBCYCH.

WINTZ. *Sistomensin w dużych dawkach.* (Münch. med. Woch. Nr. 14 — 1931).

Sistomensin skraca i osłabia krwawienie miesiączkowe przedłużone i obfite na tle niedomogi hormonalnej. Szczególnie radykalnie działa przy krwawieniach okresu dojrzewania. Wpływ na krwawienia pochodzenia zapalnego jest mniejszy, gdyż środek ten nie powoduje skurczów macicy.

Preparat należy wstrzykiwać codziennie, począwszy od 5 — 8 dnia przed najbliższym perjodem. Leczenie trwa przez czas 4-ch okresów. Poprawa zaznacza się przy drugiem krwawieniu.

Krwawienia na tle mięśniaków poddają się leczeniu zależnie od stanu jajników i umiejscowienia guza. Przy pierwotnem stosowaniu sistomensin okazało się, że krwawienia przy guzach podśluzówkowych stają się nawet obfitsze. Brak poprawy, jak się okazało później, wynikał ze stosowania zbyt małych dawek. Gdy zamiast 2 ccm. autor zaczął wstrzykiwać po 5 ccm. sistomensin dziennie, krwawienia te ustąpiły.

O ile poprawa przy krwawieniach okresu dojrzewania utrzymuje się nadal po odstawieniu preparatu, w przypadkach krwawień na tle mięśniaków leczenie daje poprawę krótkotrwałą. W ten sposób można jednak zmniejszyć utratę krwi do chwili dokonania zabiegu bardziej celowego.

W ciągu ostatnich 12-tu lat leczono 125 przypadków zaburzeń miesiączkowania na tle hormonalnem. Stosowano duże dawki sistomensin. Autor podaje pomyślne wyniki leczenia 82 przypadków, w 15 — zaniechano leczenia, jako bezcelowego. W pozostałych 28 leczenie — trwa jeszcze.

Wstrzykiwać należy do podskórnej tkanki tłuszczowej. Ślady alkoholu lub wody wywołują w preparacie straty, przez co wstrzykiwanie jest b. bolesne. Przed wstrzyknięciem należy roztwór sistomensin ogrzać w kąpieli wodnej do 40 — 42 st. C. Osobom szczupłym lepiej wstrzykiwać domięśniowo.

Doustnie podaje się 8 pigułek dziennie.

———o———

SCHILLING. *Skuteczność leczenia wątrobą myelozy przy niedokrwistości złośliwej.* (Fortschr. d. Ther. Nr. 7 — 1931).

Autor, jak wielu innych, jest zdania, że wątroba pomaga we wszystkich niepowikłanych przypadkach niedokrwistości złośliwej. Zdania różnią się co do wpływu djety wątrobowej na niektóre objawy główne, jak achylja, glossitis Hunteri, zmiany w centralnym układzie nerwowym. Brak poprawy ze strony gruczołów żołądka może być wytłumaczony długotrwałym stanem chorobowym tego narządu. Ustępowanie zmian na języku bywa spostrzegane często. Zmiany rdzeniowe, ostatnio częściej obserwowane, stwierdza się dzięki djecie wątrobowej u osób z normalnym obrazem krwi. Sch. sądzi, że i w tym względzie możliwa jest poprawa, gdyż cofające się przy leczeniu zmiany na języku wynikają ze zwyrodnienia nerwów obwodowych. Zmiany w nerwach obwodowych lub w rdzeniu wywołane są tym samym procesem toksycznym, świadczą tylko o mniej lub większem nasileniu czynnika chorobotwórczego. Z tego względu djetę wątrobową należy przeprowadzać jaknajwłaściwiej. Wyciągi traktuje się jako środki pomocnicze, dodatkowe, gdyż w efekcie ustępują wątrobie naturalnej.

Autor zaleca 200 — 300 gr. lekko duszonej wątroby cielęcej lub młodego wołu. Szare kawałki należy przepuścić przez maszynkę lub posiekać i miazgę dodać do jakiejkolwiek chłodnej potrawy. Można również wprowadzać miazgę przez cienki zgłębnik do żołądka. W przypadkach z objawami nerwowemi należy leczenie to stosować przez miesiące i lata w ten sposób, by poziom Hb utrzymywał się niżej 90%, a wskaźnik około 1. Częste pogorszenia objawów nerwowych w początku leczenia zalicza autor do odczynu na djetę wątrobową.

———o———

ERDMANN. *Z praktyki leczenia zaburzeń w krążeniu.* (Münch. med. Woch. Nr. 26 — 1931).

Doświadczenie pouczyło autora o skuteczności połączeń digitalis z adonis vernalis. W przypadkach nietolerancji jednego z tych środków połączenie ich jest dobrze przez chorych znoszone. Zwłaszcza nadają się przy leczeniu niedomogi na tle wad zastawek aorty. Autor przepisuje: Rp. Influs. Adonis Vernalis e 5,0 : 180,0, Trae Digitalis titr. 5,0 — 8,0. Zależnie od przypadku dodaje jeszcze diuretyny lub kofeiny, chloralu; dla wzmocnienia działania naparstnicy — calcium (bromatum). Przepisywanie diuretyny z solami wapnia jest wadliwe, gdyż daje strąt chemiczny. W przypadkach kiły dodaje jodu.

W przebiegu grypowego zapalenia płuc, wymagającego tonizowania naczyń, uzyskuje autor dobre wyniki przepisując: Rp. Coffeini puri, Cardiazoli aa 0,5 — 1,0, Extr. Strychni spir. 0,15, Trae Digitalis titr. 10,0,

Trae Lobeliae infl. ad 15,0. Calcii brom. 5,0, Ol. menthae gtt. V. D. S. Kilka razy dziennie 15 — 20 kropli na cukrzonej wodzie.

———o———

VAN CAULAERT, PETREQUIN. *Patogeneza braku chlorków w przebiegu zapaleń nerek z oli wzgl. anurją.* (Pr. Med. Nr. 55 — 1931).

Istnieje grupa zapaleń nerek, w których brak chlorków nie wynika z powikłania dodatkowego, lecz stanowi główny objaw obrazu klinicznego. Należą tu zapalenia nerek z nagłem zatrzymaniem wydzielania nerkowego. Dla każdego zatrzymania czynności nerek, pochodzenia wydzielniczego lub wydalniczego, charakterystyczne są dwa okresy humoralne: 1) w pierwszym powiększa się ilość mocznika we krwi, opada zasób zasad i poziom chlorków, które zatrzymują się w tkankach. Jest to hipochloremja z chloropeksją tkankową.

2) w okresie drugim zjawiają się wymioty i biegunki, co prowadzi do większej jeszcze uremji, spadku zasobu zasad i chlorków krwi. Jednocześnie organizm ubożeje w chlorki kosztem uprzednio zatrzymanych w tkankach. Pierwotna chloropeksja ustępuje chloropenji.

Dość często chorzy giną pomimo nawrotu pracy nerek i nawet obfitego wydalenia moczu.

Patogeneza uremji i kwasicy wynika z wypadnięcia czynności nerki. Hipochloremja towarzyszy stale wszelkiej anurji, nie zależy zaś od głodówki, jak to tłumaczono uprzednio. Utrata chlorków krwi idzie równolegle z gromadzeniem ich w tkankach, na co wpływać mogą dwa mechanizmy: a) regulujący stężenie cząsteczkowe krwi, które, mimo utraty lub przybytku jakichkolwiek cząsteczek, jest stałe i szybko ulega wyrównaniu do dawnego poziomu. Zatrzymane podczas anurji cząsteczki, które zwykle wydalane są przez nerki, podnoszą stężenie cząsteczkowe krwi; dla jego wyrównania chlorki, jako najbardziej rozpuszczalne, zostają przesunięte w kierunku tkanek; b) drugi mechanizm polega na utrzymywaniu stałego odczynu krwi. Dla zobojętnienia kwasicy wynikłej z anurji, chlorki przechodzą do tkanek wyzwolone jony sodu zostają zużyte dla zobojętnienia ciał zakwaszających.

Chloropenja drugiego okresu jest skutkiem wymiotów, z któremi wychodzą zatrzymane uprzednio w tkankach chlorki. Wymioty zjawiają się w chwili, gdy chloropeksja osiąga pewien stopień natężenia, trwają jednakże po powrocie chlorków tkanek do normy i dalej.

U chorych, którzy umierają pomimo odzyskanej, czasami obfitej, diurezy pomiary mocznika wskazują na stałe jego narastanie we krwi. Autorzy tłumaczą to zjawisko zaburzeniem czynności nerek, wynikłem z chloropenji. Po azocicy na tle anurji następuje azocica z chloropenji.

Leczenie powyższych stanów wynika z ich patogenezy i jest zależne od okresu choroby. W okresie pierwszym zrozumiałe jest zupełne ograniczenie soli, zwalczanie kwasicy alkaljami podanemi per os lub per rectum. Przeciw podnoszeniu się stężenia cząsteczkowego krwi wstrzykuje się podskórnie izotoniczne roztwory cukru (1 — 2 litry dziennie). Dostarczanie większych ilości płynu pod tą postacią, zapobiega zwiększeniu się stężenia cząsteczkowego krwi, rozwadnia produkty toksyczne, chroni organizm przed utratą wody w okresie wymiotów, dostarcza płynu dla okresu odnowionej diurezy. Dożylne wstrzykiwania hipertonicznych roztworów cukru wydają się autorom nietylko zbędne, ale nawet szkodliwe, ze względu na ich wpływ na stężenie cząsteczkowe krwi, które już jest zwiększone naskutek procesu chorobowego.

W okresie drugim ogólnego braku chlorków, wskazane jest podawanie chorym chlorków; odbywa się ono wszystkiemi drogami: doustnie, w lawatywach, podskórnie i dożylnie. Zabiegi te należy rozpocząć 5 — 7 dnia od początku choroby, t. j. kiedy nerki w przebiegu zapalenia zaczynają odzyskiwać utracone czynności.

———o———

BROCHNER. *Leczenie ciężkich zatruć środkami nasennemi.* (Zeitschrift f. i. Med. Nr. 12 — 1931).

Autor stosuje punkcje lędźwiowe zaraz po przepłukaniu żołądka w przypadkach zatrucia hipnotykami, jak weronal, phanodorm, morfina. Ciśnienie płynu mózgowordzeniowego było za każdym razem wysokie: od 170 do 410 mm. wody. Po przepłukaniu żołądka i punkcji płynu mózgowordzeniowego aż do ciśnienia normalnego (120 mm. wody) B. wstrzykuje podskórnie większą ilość izotonicznego roztworu cukru gronowego z dodatkiem efedryny. Z liczby 8-miu zatrutych, wyzdrowiało 7-miu, ósmy chory po morfinie zmarł naskutek bronchopneumonji.

Zdaniem autora, dobre wyniki przytoczonego sposobu leczenia, zawdzięczać należy poprawie krążenia po punkcji lędźwiowej; ucisk płynu mózgowordzeniowego upośledza czynności ośrodków oddechowego i naczyniowego. Większe ilości wstrzykiwanego roztworu glukozy sprzyjają usunięciu jadu i podnoszą obniżone u zatrutych ciśnienie krwi. Do tego

efektu przyczynia się również efedryna, zwężająca naczynia i pobudzająca ośrodek oddechu. Przy zatruciu morfiną radzi inhalacje tlenowe.

———o———

PLETNEW. *Trwałe efekty parawertebralnej injekcji alkoholu w dusznicy bolesnej.* (Ztschrft f. Kreislaufforsch. Nr. 6 — 1931).

P. rozróżnia dwie możliwości powstawania dusznicy bolesnej: sercową i pozasercową. Ostatnia wynika z bliżej nieznanych zmian w węzłach okołokręgowych, szczególnie ganglion stellatum; efektem tych zmian są tężcowe skurcze mięśnia sercowego lub skurcze anatomiczne nieuszkodzonych naczyń wieńcowych. Wstrzykiwania nowokainy lub alkoholu były już stosowane przez różnych autorów, jako zabieg jednorazowy. P. natomiast wstrzykuje 5 ccm. 1% nowokainy, a po 5-ciu minutach 5 ccm. 80° alkoholu na poziomie 1, 2, 3 węzłów piersiowych lewych. Czasami wstrzykuje od 7-go szyjnego do 4-go piersiowego po lewej, a nawet prawej stronie. Injekcje dokonywane są co tydzień przez 6 tygodni.

Wielu chorych, leczonych w ten sposób, prawie wyzdrowiało, u innych poprawa była znaczna. Jeden chory, z ogólnej liczby 22, dostał napadu dusznicy w chwili wstrzykiwania, prawdopodobnie przez ukłucie igłą samego węzła.

———o———

HAYER. *Wyniki leczenia tyreotoksykozy promieniami X.* (Klin. Woch. Nr. 7 — 1931).

W obrazie klinicznym zatrucia hormonem tarczycy pewien udział biorą nerwy autonomiczne; wtedy objawy bazedowoidalne wyrażone są słabo, a choroba rozwija się na tle urazu psychicznego. Albo poza tarczycą stwierdzić można objawy zaburzeń ze strony grasicy, przysadki, wzgl. jajników.

H. stara się przy leczeniu o zahamowanie czynności tarczycy i naświetla ten gruczoł i grasicę. Przy dawkowaniu promieni uwzględnia

stan chorego, zmiany w przemianie podstawowej, drżenie, tętno. W przypadkach ciężkich zaleca pozatem łóżko, djetę, środki uspakajające. Wraz z poprawą wskazane jest rozpoczęcie lekkiej pracy. H. naświetla również okolicę przysadki.

Za wyleczonego należy uważać chorego, który od roku wrócił do pracy, przez cały czas czuje się dobrze, przemiana podstawowa, tętno wykazują liczby normalne.

Na 150 chorych u 107 poprawa po naświetlaniu tarczycy była ogólna, u 13 wystąpiło pogorszenie; 2 chorych zmarło; w 18 przypadkcah stwierdzono poprawę mimo utrzymującej się podwyższonej przemiany podstawowej, a w 10 — mimo przyśpieszonego tętna.

Przysadkę naświetlał autor 58 chorym, lecz szczególnego wpływu na cofanie się wytrzeszczu nie zauważył. Natomiast bóle głowy, uderzenia gorąca, bezsenność ustąpiły w znacznej mierze.

———o———

SCHLEIPEN. *Kardiazol w chirurgji.* (Münch. med. Woch. Nr. 26 — 1930).

Autor podkreśla konieczność posiadania przez chirurgów środka pobudzającego szybko układ krwionośny na wypadek nagłej niedomogi centralnej lub obwodowej tego układu.

O ile posiadane dotąd preparaty naparstnicy i kamfory tylko częściowo zapobiegały temu niebezpieczeństwu — to kardiazol od lat już stosowany jest z dobrym wynikiem.

Praca opiera się na przeszło 1000 przypadków. Kardiazol był przeważnie wstrzykiwany podskórnie; po operacji — per rectum. Działanie jego uwidaczniało się stale po 5-ciu — 10-ciu min. i ustępowało po 40 — 80 min. Pomyślnym czynnikiem okazuje się trudność przedawkowania, brak objawów podrażnienia, tak w stosowaniu podskórnem, jak doustnem.

Badania nad chorymi ze zdrowym układem krążenia wykazały, że 0.1 kardiazolu podskórnie nie podnosi wcale lub nieznacznie ciśnienie krwi; natomiast widoczne jest zwiększenie wskaźnika oscyllometrycznego i nieznaczne zwolnienie tętna. Częstość oddechu nie ulegała przeważnie zmianom; czasami zaś zmniejszała się. Kilkakrotnie udało się usunąć obrzęki w okolicy kostek; chorzy ci nie wykazywali uchwytnych wad serca.

Autor przypisuje kardiazolowi zdolność pobudzania serca w przypadkach jego niedomogi i dekompensacji. Dobre zalety środka zauważono przy leczeniu osłabienia krążenia obwodowego, tak częstego w chirurgji naskutek zaburzeń naczynioruchowych lub zmniejszenia ilości krwi. Często przygotowywano chorych kardiazolem przed zabiegiem operacyjnym dla zmniejszenia skłonności do wstrząsu.

Działanie kardiazolu przy ciężkich urazach polegało na podnoszeniu ciśnienia krwi, rychłej poprawie jakości tętna i jego przyśpieszeniu. W jednym przypadku zapaści pooperacyjnej wystarczyło jedno wstrzyknięcie 0,1 kardiazolu, dla uzyskania trwałej poprawy, którą następnie podtrzymywano infuzjami roztworu glukozy i płynu Ringera. Odtąd kardiazol dodawano do infuzji zwykle stosowanych po operacjach. Szczególnie godnym podkreślenia jest brak zakrzepów w przypadkach leczonych kardiazolem.

Jakkolwiek wyniki badań farmakologicznych nie są zgodne, klinika stwierdza stale poprawę tętna i ciśnienia po kardiazolu i powrót ich do normy. Szybki wynik działania kardiazolu przy niedomodze krążenia obwodowego tłumaczy się mobilizacją zatrzymanej w rezerwuarach krwi.

Kardiazol wpływa na utrzymujące się przez 15 — 20 min. pogłębienie oddechu, co pośrednio sprzyja poprawie krążenia i szybszemu ustępowaniu sinicy.

———o———

Y. IZUCHI. Doświadczenia z Salenem w świądzie pochwy. Ciba Iho, 1930. Październik.

Oddział chorób kobiecych szpitala prefektury w Hiroszymie komunikuje doświadczenia z Salenem, stosowanym u 12 chorych z świądem pochwy. Podawano 33% maść salenową, poczem po 1 — 4 — 7 krotnem smarowaniu zupełnie przechodziło uczucie swędzenia. Autor, komunikujący powyższe wyniki, zaznacza, że Salen w leczeniu świądu pochwy jest wogóle bardzo skuteczny. Po miejscowem zastosowaniu czasami zauważyć się dają lekkie bóle. Działania ubocznego nigdy nie zauważono.

K. TSUBOI z oddziału chorób skórnych tego samego szpitala stosował Salen w świądzie ogólnym i w świądzie pochwy. Kiedy wszystkie środki stosowano bez skutku, a także w 15 przypadkach przewlekłego zapalenia skóry, liszaja pokrzywkowatego i t. d. z znakomitym skutkiem użyto Salenu. Przetwór ten nie powoduje ubocznych wpływów niepożądanych, a daje się stosować zarówno u dzieci i u osób starszych bez powodowania zapalenia skóry lub nerek. W przeciwieństwie do innych przetworów Salen posiada przyjemny zapach i z powodu tego autor chętnie stosuje go w świądzie wszelkiego rodzaju.

———o———

Prof. HIWATARI. O Phytinie. Ciba Iho, 1930. Październik.

Phytina łatwo się wchłania i po długiem nieprzerwanem podawaniu nie sprowadza wpływów ubocznych, przytem jest przyjemna w smaku. Przekonawszy się o zbawiennem działaniu Phytiny, autor stosuje ją w du-

żych dawkach w neurastenji, w niedomodze płciowej, niedokrwistości, stanach osłabienia po ciężkich chorobach i zawsze z dobrym skutkiem. Co się zaś tyczy doświadczeń na sobie samym, to Prof. H. zaznacza, że będąc od urodzenia słabej budowy i skłonnym do objawów neurastenji, przez długi czas cierpiał wskutek ogólnego wycieńczenia i bezsenności. Po 6-miesięcznem leczeniu Phytiną stwierdził on wzrost na wadze oraz ustąpienie stanu wycieńczenia i bezsenności.

———o———

Prof. NOBUHARU KITAMURA. O stosowaniu środków nasennych. Ciba Iho, Październik 1930.

Autor odróżnia 2 rodzaje zaburzeń snu: 1) ciężkie zasypianie, 2) łatwe przebudzanie się wskutek niedostatecznej głębokości snu. Do leczenia przypadków pierwszej grupy nadają się środki względnie łatwo się wchłaniające, a łatwo spalane i wydzielane. Własności te posiada Dial, przy pomocy którego autor zawsze miewał dobre wyniki. Działa on już w małych dawkach bez ubocznego działania i nie sprowadza kumulacji i nawykania.

———o———

Prof. TAKEO KIBA. Elbon w lekkiej gorączce u gruźlików. Ciba Iho, Listopad 1930.

W prywatnej klinice Profesora w Tokio stosowano Elbon więcej niż od 10 lat w gruźlicy płuc. Lek ten działa przeciwgorączkowo. Autor opierając się na publikacjach Landerera, Heussera, Spiro, Rittera w krótkich słowach omawia farmakologiczne i kliniczne działanie Elbonu, wzgl. zawartego w nim kwasu cynamonowego. Nawet wielkie dawki, podawane przez długi czas, nieprzerwanie, nie powodują żadnych niepożądanych objawów ubocznych (brak łaknienia, poty, osłabienie serca i t. d.). Elbon pod wieloma względami zasługuje na uwagę, a szczególnie pod względem działania przeciwgorączkowego.

Prof. K. stosował Elbon nie tylko w słabych ale i silnych stanach gorączkowych. Po 10 dniach leczenia Elbonem, osiąga się spadek temperatury, zmniejszenie się kaszlu i ilości plwociny.

———o———

VEIL. Niemiarowość. Referat z odczytu w „Foyer de médecine"— L'action médicale, 1930. Nr. 9.

Kiedy serce staje się niewydolnem i słabem, zaleca się stosować koraminę w charakterze leku, wpływającego korzystnie na serce. W przypadkach niemiarowości z tętnem bliźniaczem i różnego rodzaju zaburzeniach, również najlepiej jest stosować koraminę, która przedłuża życie chorego i osłabia natężenie zaburzeń funkcjonalnych.

———o———

SPÓŁDZIELCZY BANK LEKARZY.

Spółdzielczy Bank Lekarzy, działający na terenie Państwa Polskiego rozpoczął czynności swoje 3 listopada 1930 r., jako instytucja kredytowa stanu lekarskiego i pomimo powszechnie przeżywanego ciężkiego kryzysu gospodarczego, rozwija się stopniowo i pomyślnie.

Obecnie posiada zgórą 300 członków z zadeklarowanymi udziałami do zł. 50.000, a wpłaconymi w sumie zł. 32.400; wkładów zaś zł. 18.000.

Przy złożeniu deklaracji przystąpienia, zgłaszany udział zł. 100 może być wpłacony w 4-ch ratach miesięcznych i zł. 10 wpisowego na konto w P. K. O. 24.030.

Najwyższa norma pożyczki określoną została na Walnem Zgromadzeniu, które odbyło się 19 października ub. r. — narazie kwotą zł. 2.000 przy 2-ch udziałach.

Poza pożyczkami zwykłemi w formie dyskonta weksli na 11% plus $^1/_4$ prowizji, Bank udziela kredytu inwestycyjnego z terminem rocznym na kupno urządzeń i narzędzi lekarskich w pierwszorzędnych firmach; od tego rodzaju pożyczek pobierane są procenty w-g stopy %-ej Banku Polskiego.

Od wkładów oszczędnościowych Bank płaci:

na r/ku bieżącym (á vista)	4½%
z wymówieniem 1-o miesięcznem .	7%
z wymówieniem 2 miesięcznem . .	8%
z wymówieniem 3 miesięcznem . .	9%

Prezesem rady Nadzorczej Banku jest p. Dr. Wł. Biernacki, prezesem Zarządu p. Dr. L. Brun, członkiem Zarządu p. Dr. J. Załuska i dyrektorem p. L. Dzierżanowski.

Biuro, mieszczące się w lokalu Związku Lekarzy P. P. przy ulicy Chmielnej Nr. 58, czynne jest codziennie od godz. 18 do 20-ej.

Sądzimy, że powyższa wzmianka o placówce zawodowej zainteresuje szerszy świat lekarski.

———o———

POMNIK KU CZCI POLEGŁYCH CZŁONKÓW SŁUŻBY ZDROWIA.

Godność stanu lekarskiego wymaga, aby rozpoczęto wspaniałe dzieło sztuki i jedyny wspólny wysiłek lekarzy „Pomnik ku czci Poległych Członków Służby Zdrowia“ — stanął w stolicy.

Pamiętaj o składkach i propagandzie wśród kolegów. Konto P. K. O. 14.111.

———o———

Redakcja otrzymała Nr. 4 czasopisma „Droga do Zdrowia", który zawiera następujące artykuły:

1) Słońce.
2) Uwolnijmy ciała z pęt ubrania.
3) Jakie korzyści daje kąpiel i pływanie.
4) Chrońmy oczy przed urazami.
5) Ukąszenie żmiji.
6) Biegunki letnie u dzieci.
7) Korzystajmy z okazji, jedzmy jarzyny i owoce.
8) Kolonje i półkolonje.

TREŚĆ:

□ □ □

REDAKTOR NACZELNY:
Dr. Med. Aleksander Krasuski

ADRES REDAKCJI:
Nowowiejska 25 m. 2 tel. 8-12-82.

WYDAWCA:
Mr. Farm. Zygmunt Sander

ADRES ADMINISTRACJI:
Złota 49 m. 2, tel. 711-55

Konto P. K. O. 19.175

Druk. „Antiqua" St. Szulc i S-ka ul. Kacza 7, tel. 504-91.

Drukarnia „Antiqua" St. Szulc i S-ka, Kacza 7. Tel. 504-91.